



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jussi Niemi & Petri Hämäläinen

METABOLISTA OIREYHTYMÄÄ SAI- RASTAVIEN POTILAIKEN OMAHOI- TAAOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN VANHAN VAASAN SAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala
2020

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Jussi Niemi & Petri Hämäläinen
Opinnäytetyön nimi	Metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjauksen kehittäminen Vanhan Vaasan sairaalassa.
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	88 + 5 liitettä
Ohjaaja	Marita Salmu & Riikka Lehesvuo

Metabolinen oireyhtymä ja keskivartalolihavuus on lisääntynyt räjähdysmäisesti viime vuosikymmenen aikana suomalaisen väestön keskuudessa. Skitsofreniaa sairastavilla potilailla metabolisen oireyhtymän esiintyvyys on korkeampi muuhun väestöön verrattuna. Tämän tutkimuksen toteutus lähti tarpeesta selvittää metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjauksen nykytilaa ja kehittämis-kohteita Vanhan Vaasan sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää metabolisen oireyhtymän omahoitajaohjausta kohdeorganisaatiossa.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentui aihe-anojen perusteella tehtyihin tietokantahakuihin Medic-, Cinahl- ja PubMed-tietokannoissa. Keskeisiä aihe-anoja olivat skitsofrenia, masennus, metabolinen oireyhtymä, potilasohjaus ja omahoitajaohjaus. Teoreettisen viitekehysten perusteella tutkimusta varten luotiin tutkimuksen kannalta oleelliset tutkimusongelmat. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin viideltä sairaalan diabetesvastaavalta ja koko sairaalan diabeteshoitajalta teemahaastatteluna. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysimenetelmää.

Tutkimustuloksista voitiin tehdä johtopäätöksiä seuraavia havaintoja. Potilasohjaus on kohdeorganisaation yksiköissä vahvasti omahoitajariippuvaista. Elintapaohjaus jää turhan usein omahoitajilta toteuttamatta, ja se on usein jäänyt osastojen diabetesvastaavien vastuulle. Työnjakoa omahoitajien ja diabetesvastaavien välillä tulisi selkeyttää. Hoitajien tiedollisen epävarmuuden nähtiin olevan myös suhteessa elintapaohjauksen aktiivisuuteen. Hoitajien ammatilliset valmiudet potilasohjaukseen koettiin tärkeäksi ja ohjauksen kannalta on tärkeää, että hoitajien tiedollisia valmiuksia ylläpidetään. Pitkäaikaisen oikeuspsykiatrisen potilaan hoidossa tulisi elintapaohjaus aloittaa jo aikaisemmassa vaiheessa hoitoa. Elintapaohjauksen tulisi olla myös pitkäjänteistä ja osana potilaiden arkea. Omahoitajien tulisi aktivoitua potilaidensa elintapaohjauksessa. Potilaita tulisi motivoida ja kannustaa itsensä hoitamiseen ja terveellisten elintapojen tavoitteluun. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen koettiin myös tärkeäksi.

Avainsanat	metabolinen oireyhtymä, skitsofrenia, masennus, potilasohjaus, oikeuspsykiatria
------------	---

ABSTRACT

Author	Jussi Niemi, Petri Hämäläinen
Title	Developing Primary Nursing Counselling of Patients with Metabolic Syndrome in Vanha Vaasa Hospital
Year	2020
Language	Finnish
Pages	88+5 Appendices
Name of Supervisor	Marita Salmu, Riikka Lehesvuo

Metabolic syndrome and increased central obesity have increased greatly in the last decade among the Finnish population. The risk factors within the schizophrenic patient group are also multifold compared to the majority of the population. The starting point for this study was a need to evaluate the present state of patient education with patients with metabolic syndrome at Vanha Vaasa Hospital. The purpose of this study was to study how patient education is carried out among patients with metabolic syndrome and how the target organization could develop patient guidance methods.

The theoretical frame was built following previously generated keywords and database searches. The database searches in Medic, Cinahl and PubMed were performed with the following keywords: Schizophrenia, depression, metabolic syndrome, patient education, primary nursing. The research problems were also generated from the theoretical frame. The study was done as qualitative research. The research material was gathered with theme interviews from five diabetes nurses and from the head diabetes nurse. The interview material was transcribed and analysed using inductive content analysis.

The following conclusions could be drawn from the research results. Patient education is strongly dependent on the primary nurses in the units of the target organisation. Lifestyle counselling is often neglected and the task is also left usually to the diabetes nurse. The division of labour should be clarified between the primary nurses and the diabetes nurses. Lack of information about diabetes was also related to how much the patients were given lifestyle counselling. Professional abilities and skills in patient counselling were found to be important and from the counselling point of view it is important that the nurses' skills and abilities are maintained. Lifestyle counselling with a patient in long-term forensic psychiatric care should be started in an earlier phase of the treatment. It should also be long-lasting and a part of the daily life. Primary nurses should activate themselves in lifestyle counselling and the patients should be motivated to take care of themselves. Multi-professional co-operation was also found to be vital.

Keywords	Schizophrenia, depression, metabolic syndrome, patient education, forensic psychiatry
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA	9
2	OIKEUSPSYKIATRIA.....	12
2.1	Oikeuspsykiatrisen sairaalan tehtävät	12
2.2	Oikeuspsykiatrinen hoito	13
3	METABOLINEN OIREYHTYMÄ	15
3.1	Metabolisen oireyhtymän määritelmät	15
3.1.1	WHO:n määritelmä	15
3.1.2	NCEP ATP III-määritelmä.....	16
3.1.3	Kansainvälisen diabetesliiton määritelmä.....	17
3.2	Metabolisen oireyhtymän patologia.....	19
3.2.1	Keskivartalolihavuus.....	20
3.2.2	Insuliiniresistenssi	21
3.2.3	Kohonnut verenpaine	22
3.2.4	Veren lipidiarvojen muutokset.....	23
3.3	Metabolisen oireyhtymän hoito ja ehkäisy	24
3.3.1	Ravitseminen	25
3.3.2	Liikunta	27

4	MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT.....	29
4.1	Skitsofrenia	29
4.1.1	Skitsofrenian oirekuva	30
4.1.2	Skitsofrenian diagnostiikka.....	31
4.1.3	Skitsofrenian hoito	33
4.1.4	Skitsofrenia ja metabolinen oireyhtymä.....	34
4.2	Masennus	36
4.2.1	Masennuksen oirekuva.....	37
4.2.2	Masennuksen diagnostiikka	38
4.2.3	Masennuksen hoito	39
4.2.4	Masennus ja metabolinen oireyhtymä.....	40
5	POTILASOHJAUS JA OMAHOITAJUUS.....	42
5.1	Potilasohjaus	42
5.1.1	Potilasohjauksen lähtökohdat.....	43
5.1.2	Mielenterveyshäiriöiden potilasohjaus	45
5.1.3	Elintapainterventio osana metabolisen oireyhtymän potilasohjausta.....	47
5.2	Omahoitajuus	49
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	51
6.1	Tutkimuksen lähestymistapa.....	51
6.2	Tutkimuksen kohderyhmä	51

6.3	Tutkimusmenetelmä.....	52
6.4	Tutkimusaineiston analysointi	53
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	55
7.1	Omahoitajien kokemat ongelmat elintapaohjauksessa	55
7.2	Metabolisen oireyhtymän kehittymisen ehkäiseminen pitkäaikaisessa oikeuspsykiatrisessa hoidossa	60
7.3	Metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajahoitajaohjauksen kehittäminen	62
8	POHDINTA.....	66
8.1	Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin.....	66
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	68
8.3	Tutkimuksen eettisyys	70
8.4	Tutkimuksen johtopäätökset	72
8.5	Jatkotutkimusehdotukset.....	75
	LÄHTEET.....	76
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Metabolisen oireyhtymän määritelmiä	18
--	----

LIITELUETTELO

LIITE 1. Tutkimusta varten tehdyt tietokantahaut

LIITE 2. Esimerkki aineiston analysoinnista

LIITE 3. Haastattelun kutsukirje

LIITE 4. Teemahaastattelurunko

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Metabolista oireyhtymää (MBO) pidetään usein länsimaalaisten elintapasairautena, mutta tuoreimpien tutkimusten mukaan se on yleistynyt rajusti myös kehitysmaissa hiilihydraattipitoisten pikaruokien ja vähentyneen liikunnan seurauksena (Saklayen 2018). Euroopan tasolla vuonna 2015 suoritettussa tutkimuksessa kaikista tutkittavista 24,3 prosentilla täyttyi metabolisen oireyhtymän kriteerit. Metabolisen oireyhtymän esiintyvyydessä ilmenee kuitenkin suuria eroja eri maiden välillä. (Scuteri, A., Laurent, S., Cucca, Cockcroft, Guimaraes, Cunha, Mañas, Raso, Muiesan, Ryliškýtė, Rietzschel, Strait, Vlachopoulos, Völzke, Lakatta & Nilsson 2015.)

Suomen väestön metabolisen oireyhtymän esiintyminen oli vuoden 2007 FIN-RISKI 2007 -tutkimuksen mukaan 35 prosenttia (Syväne 2018; Peltonen, Harald, Männistö, Saarikoski, Peltomäki, Lund, Sundvall, Juolevi, Laatikainen, Aldén-Nieminen, Luoto, Jousilahti, Salomaa, Taimi & Vartiainen 2007). Tuoreimman Fin-Terveys 2017 -tutkimuksen mukaan Suomessa on tällä hetkellä yli 2,5 miljoonaa ylipainoista aikuista, ja aikuisista jopa 35 prosenttia on lihavia. Keskimääräinen vyötärön ympärys miehillä on kasvanut 99,6 senttimetriin ja naisilla 90,1 senttimetriin MBO-viitearvojen ollessa miehillä 100 senttimetriä ja naisilla 90 senttimetriä. (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi, Jääskeläinen, Koskela & Koskinen 2017) Myös lasten ylipainon ja metabolisen oireyhtymän on todettu olevan lisääntymässä. (Kataja, Mäkelä, Lagström & Niinikoski 2016).

Useissa tutkimuksissa on tarkasteltu metabolisen oireyhtymän ja mielenterveysongelmien välistä yhteyttä. Tutkimustuloksissa on ilmennyt, että erityisesti skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla on selkeästi kohonnut riski erilaisiin metabolisesta oireyhtymästä aiheutuviin kardiometabolisiin häiriöihin. Sairauksien välistä yhteyttä on pyritty selittämään myös antipsykoottisen lääkityksen vaikutuksella potilaan metabolisiin toimintoihin. (De Hert, Schreurs, Vancampfort & Van Winkel 2009; Malhotra, Grover, Chakrabarti & Kulhara 2013.)

Tutkimusaiheen idea syntyi Vanhan Vaasan sairaalan (VVS) tarpeesta tutkia ja kehittää sairaalassa metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden potilasohjausta. VVS:ssa ei ole aikaisemmin tutkittu MBO-potilaiden potilasohjausta ja

oikeuspsykiatrisen hoitotyön näkökulmasta on tehty aiemmin Suomessa yksi MBO-potilaiden ohjaukseen keskittynyt kehittämistyö (Henell, Hirvonen, Holopainen, Leivo & Porali 2013). VVS:ssa on jo pitkään ollut haasteena MBO:n esiintyvyyden lisääntyminen, ja sairaalan potilaista MBO:n kriteerit täyttävät yli puolet sairaalan potilaista (Pitkänen 2018). VVS:n johtavan ylilääkärin Markku Erosen mukaan skitsofrenia on oikeuspsykiatristen potilaiden yleisin hoidettava sairaus (Kostiainen 2018).

Tutkimuksen kohdeorganisaationa toiminut Vanhan Vaasan sairaala täytti vuonna 2018 250-vuotta, ja se tuottaa oikeuspsykiatrisia erityistason palveluita tehden yhteistyötä sairaanhoitopiirien kanssa. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoito on keskitetty Suomessa kahteen valtion laitokseen, joista tutkimuksen kohdeorganisaatio on toinen. VVS:ssa on potilaspaikkoja 155, ja keskimääräinen täyttöaste oli sairaalassa vuonna 2018 93 prosenttia. Kesäkuun lopussa 2018 sairaalassa hoidettavista potilaista oli 48 prosenttia oikeuspsykiatrisia potilaita, joista 16,9 prosenttia oli naispotilaita ja vaikeahoitoisista potilaista 25,3 prosenttia oli naispotilaita. Sairaalassa on yhteensä yhdeksän osastoa, joista kolme on miesten vastaanotto-osastoa, yksi naisten vastaanotto-osasto sekä viisi kuntoutus- ja avo-osastoa. (Vanhan Vaasan sairaalan tulosopimus, 2018.)

VVS:ssa potilaiden hoitoajat ovat tyypillisesti usean vuoden mittaisia. Potilaita hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisessa hoidossa mukana ovat hoitajien lisäksi, lääkärit, psykologit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, kuntoutusohjaajat, liikunnanohjaajat sekä fysioterapeutti. (Vanhan Vaasan sairaalan www-sivut 2019).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjausta Vanhan Vaasan Sairaalan eri yksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tutkimuksesta saadulla tiedolla voidaan tarkastella potilasohjauksen nykytilaa ja kehityskohteita potilaiden hoitoa varten. Tutkimusta varten tehtiin laajoja tietokantahakuja Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoissa. Tietokantahakujen lisäksi tutkimuksen aihetta tutkittiin tekemällä

manuaalisia hakuja verkosta. Aiheeseen liittyvä kirjallisuus ja Käypä Hoito-suositukset olivat myös olennainen osa tutkimuksen teoreettista viitekehystä.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on metabolista oireyhtymää sairastavien psykiatristen potilaiden omahoitajaohjauksen nykytila ja kuinka sitä voidaan kehittää?
2. Kuinka metabolisen oireyhtymän kehittymistä voidaan ennaltaehkäistä pitkäaikaisessa oikeuspsykiatrisessa hoidossa?
3. Millaisia ongelmia omahoitajilla on elintapoihin liittyvässä omahoitajaohjauksen toteuttamisessa?

Tutkimusongelmia varten luotiin haastattelujen tueksi viisi erilaista haastatteluteemaa, joiden mukaan haastattelujen kulkua rytmitettiin. Teemahaastattelurungon kysymysten tarkoituksena oli löytää vastaukset tutkimusongelmiin. Teemahaastattelurungon kysymykset on kuvattuna liitteessä 4.

2 OIKEUSPSYKIATRIA

Oikeuspsykiatria on Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n alaista toimintaa, jonka tehtävänä on koordinoida mielentilatutkimuksiin ja vaarallisuusarviointeihin liittyviä tehtäviä (THL 2019 a). THL:n toimintaa määrittää laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta, joka määrittelee THL:n oikeudet ja velvollisuudet. Lain mukaan THL:llä on oltava oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta, jonka tehtävänä on käsitellä ja ratkaista rikokseen syyllistyneiden henkilöiden mielentilaa ja vaarallisuutta koskevat lausuntoasiat. Lautakunta koostuu puheenjohtajasta, jolla tulee olla tehtävään vaadittava tarvittava asiantuntemus, sekä kolmesta muusta lautakunnan jäsenestä. Lautakunnan muilla jäsenillä tulee olla tarvittava määrä varajäseniä. Jotta lautakunnalla olisi riittävä asiantuntemus, tulee yhden jäsenistä omata riittävä asiantuntemus oikeustieteestä, kahden psykiatrasta ja yhden kehitysvammahuollosta. Edellä mainittujen lisäksi toinen psykiatriaan erikoistuneista edustaa kunnallista terveydenhuoltoa. (L 11.12.2009/1067.)

Suomessa oikeuspsykiatria on oma itsenäinen erikoisalansa, ja se jaetaan kolmeen eri toiminta-alaan tehtäviin: rikosoikeudelliseen, terveysoikeudelliseen ja siviilioikeudelliseen oikeuspsykiatriaan. Rikosoikeudellisessa oikeuspsykiatrisessa mielentilatutkimuksessa arvioidaan rikoksesta epäillyn tai syytetyn henkilön syyntakeisuutta. Terveysoikeudellisessa oikeuspsykiatriassa mielenterveys-, kehitysvamma- sekä päihdehuoltolain pohjalta toteutetaan tahdosta riippumatonta hoitoa. Siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria määrittää henkilön oikeustoimikelpoisuutta testamentin teossa, vajaavaltaiseksi julistamisessa sekä edunvalvojan määräämisessä. (Tiihonen 2017, 705)

2.1 Oikeuspsykiatrisen sairaalan tehtävät

Syyntakeettomiksi todettujen, oikeuspsykiatriaisten potilaiden hoito on keskittynyt Suomessa kahteen valtion mielisairaalaan: Niuvanniemen sairaalaan Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaalaan Vaasassa. Nämä kaksi valtion rahoittamaa mielisairaala ovat mielenterveyslain (17 a §) edellyttämiä erityistason hoitolaitoksia, joissa hoidetaan oikeuspsykiatristen potilaiden lisäksi myös vaarallisia ja vaikeahoitaisia

potilaita, jotka on määrätty tahdonvastaiseen hoitoon mielenterveyslain nojalla. (Tiihonen 2017, 714; L 14.12.1990/1116.)

Mielentilatutkimuksessa arvioidaan rikoksesta syytetyn tai epäillyn henkilön syyn-takeisuutta sillä hetkellä, kun rikos on tapahtunut sekä mahdollisen hoidon tarpeesta tutkimuksen päätyttyä. (THL 2019 a). Rikokseen syyllistynyt on syyn-takeeton, jos hän ei ole ymmärtänyt tekonsa tosiasiallista luonnetta mielisairauden, vakavan mie-lenterveyden, tajunnan häiriön, syvän vajaamielisyyden vuoksi tai mikäli hänen ky-kynsä säädellä käyttäytymistä on heikentynyt edellä mainitusta syystä (L 19.12.1889/39). Jos henkilö katsotaan syyn-takeettomaksi mielentilatutkimuksen päätyttyä, THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta määrää tahdosta riippu-mattomaan hoitoon mielenterveyslain tai kehitysvammaisten erityishuoltoon liitty-vän kehitysvammalain nojalla (THL 2017).

Osana rikosoikeudellista oikeuspsykiatriaa, henkilö voidaan määrätä vaarallisuus-arvioon, jossa pyydetään lausuntoa siitä, onko syytetty erityisen vaarallinen toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. Tämän jälkeen voidaan päättää, suoritetaanko koko rangaistus vankilassa. Myös ennen ehdonalaista vapautumista voidaan van-keusrangaistuksen suorittajasta pyytää vaarallisuuden arviointia. (THL 2014).

2.2 Oikeuspsykiatrinen hoito

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoaika on tyypillisesti pitkä, sairaus on vaikeahoi-toinen ja usein nuorella iällä alkanut. Potilaiden elämäntilanne on yleensä erittäin vaikea ja heillä esiintyy usein vaikeita päihdeongelmia (Tiihonen 2017, 714; Ero-nen, Kotilainen & Seppänen, 2012). Oikeuspsykiatrisista potilaista yli 70% sairaa-taa skitsofreniaa, joka on usein hoitovasteeton. Muilla potilailla on yleensä todettu jokin muu psykoottistasoinen häiriö. Lääkehoidon merkitys korostuu oikeuspsyki-atrisilla potilailla, koska levotonta, vastustelevaa ja vihamielistä potilasta on erittäin haastavaa hoitaa, mikäli psyykkistä vointia ei saada ensin kohentumaan. Klotsa-piinilääkitystä käytetään laajasti sen väkivaltaisuutta vähentävän vaikutuksen sekä sen vaikeasti sairaan ja hoitovasteettoman skitsofreniaan tehoavan vaikutuksen vuoksi. (Tiihonen 2017, 714.)

Potilaan perusoikeuksia joudutaan rajoittamaan tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana mielenterveyslain pohjalta. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia voidaan rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoidon, potilaan oman turvallisuuden, muiden turvallisuuden tai jonkin muun mielenterveyslain luvun 4 a mukaan säädetyn edun turvaamisen niin vaatii. (L 14.12.1990/1116.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että jos potilas ei mielenterveyshäiriön tai kehitysvammaisuuden vuoksi pysty päättämään hoidostaan, tulee laillista edustajaa, lähiomaista, tai muuta hänen läheistään kuulla ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä. Jos tästä ei saada selvitystä, tulee potilasta hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena (L 17.8.1992/785.) Repo-Tiihosen, Putkosen & Tuppuraisen (2012) mukaan psykiatrisen sairaalan osastoilla tulee olla yhteisöllisiä sääntöjä, koska struktuuri on hoidollisena elementtinä tärkeä. Osaston säännöillä voidaan kuitenkin rajoittaa vain mielenterveyslakiin pohjautuen ja niitä laadittaessa tulee toteutua potilaskohtainen minimaalisen rajoittamisen periaate. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012)

3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ

Yhdysvaltalainen endokrinologi Gerald Reaven määritteli metabolisen oireyhtymän nimellä syndrooma X ensimmäisen kerran vuonna 1988 luennossaan (Sarafidis & Nilsson 2006). Reaven (1988) esitti tuolloin tutkimuksessaan hyperinsulinemian ja insuliiniresistenssin olevan tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen ja sepelvaltimotaudin etiologisia tekijöitä. Sydän- ja verisuonisairauksiin johtavia riskitekijöitä on kuitenkin tutkittu jo lähes sata vuotta sitten (Sarafidis & Nilsson 2006). Metabolisesta oireyhtymästä on käytetty myös nimityksiä insuliiniresistenssisyndrooma ja dysmetabolinen syndrooma (Virkamäki & Niskanen 2009, 721).

3.1 Metabolisen oireyhtymän määritelmät

Metaboliselle oireyhtymälle on useita eri määritelmiä, minkä vuoksi taudin esiintyvyys saattaa vaihdella maailmalla etnisten ryhmien välillä ja taudin diagnosointikriteerien vaihtelevuuden perusteella. Taudin tunnetuimmat määritelmät painottuvat eri osa-alueille ja määritelmien pää- ja sivukriteereissä voi olla suuriakin eroja. Myös kriteerien viitearvoissa voi olla merkittäviä eroja toisiinsa nähden. Esimerkiksi Kansainvälisen diabetesliiton vyötärönympäryksen viitearvot ovat pienemmät kiinalaisille, japanilaisille ja eteläaasialaisille miehille kuin eurooppalaisille miehille. (Virkamäki & Niskanen 2009, 721—712; IDF 2006.) Euroopassa metabolisen oireyhtymän esiintyvyydessä on todettu olevan kansojen välillä suuria eroja. Esimerkiksi tutkimuksessa havaittiin suomalaisilla olevan verrattain korkeat verenpaineet, jotka lisäävät metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Hollantilaisilla taas altistus metaboliselle oireyhtymälle syntyy alentuneiden HDL-kolesteroliarvojen vuoksi. (Scuteri ym. 2015.)

3.1.1 WHO:n määritelmä

Maailman terveysjärjestö WHO oli ensimmäisiä organisaatioita, jotka tunnustivat virallisesti metabolisen oireyhtymän yhteyden sairauden pääkomponenttien eli insuliiniresistenssin, liikalihavuuden, rasva-aineenvaihdintahäiriöiden ja kohonneiden verenpaineiden välille. WHO:n määrittelyssä katsotaan, että

insuliiniresistenssi on olennainen osa metabolisen oireyhtymän patofysiologiaa, jonka vuoksi ilman tämän pääkriteerin täyttymistä, ei metabolista oireyhtymää voida diagnosoida. (Huang 2009.) Pääkriteerin täyttymisen lisäksi diagnoosiin vaaditaan kaksi sivukriteeriä. Maailman terveysjärjestön määrittelemät sivukriteerit on tiivistetty taulukkoon 1.

3.1.2 NCEP ATP III-määritelmä

Amerikkalaisen kansallisen sydän-, keuhko- ja veri-instituutin NHLBI:n määritelmä on WHO:n määrittämisestä jatkokehitetty määritelmä metabolisen oireyhtymän diagnosoimiseksi. Lyhenne NCEP ATP III koostuu sanoista National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel revision III. (Eckel & Cornier 2014.) NCEP ATP-III onkin yksi yleisimmin käytetyistä MBO:n diagnosoiminnan määritelmistä maailmalla (Huang 2009). Määritelmä eroaa WHO:n määrittämisestä siten, että siinä insuliiniresistenssin ei katsota olevan pakollinen metabolisen oireyhtymän kehittämisessä. Tämän lisäksi lipidiaineenvaihduntahäiriöistä madalluneet HDL- ja kohonneet triglyseridiarvot ovat eritelty tässä määritelmässä omiksi komponenteikseen. (Parikh & Mohan 2012.)

NHLBI:n mukaan oireyhtymän synnyn yhtenä suurimpana pääsyynä on potilaiden altistuminen liikalihavuudelle, jonka mittaaminen on tehty määritettäväksi vyötärön ympärystä mittaamalla. WHO:n määrittelyn mukaan mittaamisen tulisi tapahtua vyötärö-lantio-suhteen avulla. NHLBI:n määrittelemät vyötärön ympäryksen viitearvot ovat korkeammat kuin esimerkiksi kansainvälisen diabetesliiton määritelmässä. Miesten vyötärön ympäryksen viitearvo on NCEP ATP III-määrittämisessä 102 senttimetriä ja naisten 94 senttimetriä. Taudin diagnosoimiseksi riittää, että viidestä komponentista kolme komponenttia täyttyy. (Parikh & Mohan 2012.) Viitearvot on lueteltu taulukkoon 1. Kyseisen määrittelyn heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei se erottele metabolisen oireyhtymän patogeneesiä (Huang 2009).

3.1.3 Kansainvälisen diabetesliiton määritelmä

Suomessa käytetään pääsääntöisesti Euroopassa yleisesti hyväksyttyä Kansainvälisen diabetesliiton (IDF) määritelmää vuodelta 2005 (Virkamäki & Niskanen 2009, 721). Kyseinen määritelmä perustuu väestön keskivartalolihavuuteen, jota pidetään oireiston pääkriteerinä. Liikalihavuuden patogeneesi MBO:n synnyssä on kuvattu kappaleessa 3.2.1. IDF:n määritelmä erittelee vyötärönympärykselle eri tavoitearvot maanosittain. Esimerkiksi vyötärönympäryksen tavoitearvoina eurooppalaisilla miehillä on alle 94 senttimetriä ja naisilla 80 senttimetriä. Eteläaasialaisten, kiinalaisten ja japanilaisten tavoitearvo on taas miehillä alle 90 senttimetriä. Naisen tavoitearvo on Aasiassa sama kuin eurooppalaisilla naisilla. (IDF 2006.)

Jotta diagnosoiksi voidaan asettaa metabolinen oireyhtymä, tulee potilaalla olla pääkriteerin lisäksi kaksi sivukriteeriä, joita ovat kohonneet veren triglyseridiarvot, alentunut HDL-kolesteroliarvo, kohonnut verenpaine ja kohonnut plasman glukosipitoisuus. Kohonneiden triglyseridiarvojen kriteerien viiterajana pidetään 1,7 mmol/l. Verenpaineen osalta viiterajana pidetään yläpaineen osalta 130 ja alapaineelta 85 elohopeamillimetriä. Kohonneen plasman glukosipitoisuuden viitearvon yläraja on 5,6 mmol. Mikäli arvo ylittää jo mainitun arvon, tai mikäli potilaalle on diagnosoitu tyypin 2 diabetes, täyttää se myös diagnoosiin vaadittavan sivukriteerin. HDL-kolesterolin tulisi myös olla miehillä yli 1,03 mmol/L ja naisilla yli 1,29 mmol/L. HDL-kolesterolia mittaavan kriteerin katsotaan täyttyneen, mikäli ne alitavat edellä mainitun viitearvon. Sivukriteerin täyttymiseksi riittää, että potilaalle on jo aloitettu hoidot ja lääkitys kohonnutta verenpainetta sekä tavanomaisista poikkeavien lipidi- ja triglyseridiarvojen vuoksi. (IDF 2006.)

	WHO	NCEP ATP III	IDF
Kriteerit	Pääkriteeri: Insuliiniresis- tenssi	3/5 kriteeristä täyttyy	Pääkriteeri: Vyötärönympä- rys 2/5 sivukritee- ristä täyttyy
Paastoverensokeri	Insuliiniresis- tenssi tai IGT tai Diabetes mellitus	>110 mg/dl	≥ 5,6 mmol/L (110 mg/dL) tai Diabetes melli- tus
Kohonnut verenpaine	≥ 140/90 mmHg	>130/85 mmHg	≥130/85 mmHg
Plasman triglyseri- diarvot	≥ 150 mg/dl	≥150 mg/dl	≥1,7 mmol/L (150 mg/dL)
Plasman HDL-arvot	Miehet <35 mg/dl	Miehet <40 mg/dl	Miehet <1,03 mmol/L (40 mg/dL)
	Naiset <39 mg/dl	Naiset <50 mg/dl	Naiset <1,29 mmol/L (50 mg/dL)
Vyötärön ympärys		Miehet ≥ 102 cm	Miehet ≥ 94 cm
		Naiset ≥ 88 cm	Naiset ≥ 80 cm
BMI	>30 kg/m ²		
Albumiinin suodatus virtsaasta	≥ 20 µgm/min		

Taulukko 1. Metabolisen oireyhtymän määritelmiä

3.2 Metabolisen oireyhtymän patologia

Kansainvälinen diabetesliitto IDF määrittelee metabolisen oireyhtymän sydän- ja verisuonisairauksille altistavien riskitekijöiden joukoksi, joita ovat insuliiniresistenssi, liikalihavuus, laskenut HDL-kolesteroli, kohonnut verenpaine, paastoverensokeri ja plasman triglyseridi. (IDF 2005.) Metabolinen oireyhtymä on pohjimmiltaan aineenvaihduntahäiriö, jossa tautia sairastavalla on useita henkeä ja terveyttä uhkaavia metabolisia häiriöitä samanaikaisesti. Taudin katsotaan syntyvän vatsaonteloon kertyvän rasvan aiheuttamasta tulehdustilasta, jossa tulehduksesta syntyneet sytokiinit aiheuttavat maksassa myös muihin elimiin vaikuttavia aineenvaihdunnallisia häiriöitä. (Mustajoki 2017 a.)

Vatsaontelorasvan aiheuttaman tulehdusreaktion lisäksi insuliiniresistenssillä on oma vaikutuksensa elimistöön syntyvässä tulehdusreaktiossa. (Mäkinen, Skrobuk, Nguyen & Heikkinen 2013) Metabolisen oireyhtymän jokaisella jo edellä mainitulla riskitekijällä on oma vaikutuksensa sydän- ja verisuonisairauksien kohonneeseen riskiin. Suurin riski muodostuu kuitenkin kardiometabolisten riskitekijöiden, kuten kohonneen verenpaineen ja madaltuneen HDL-kolesterolin yhteisvaikutuksesta, jonka vuoksi riski sydän- ja verisuonisairauksiin moninkertaistuu. (Papakonstantinou, Lambadiari, Dimitriadis & Zampelas 2013.) Tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riski on viisinkertainen ja sydän- ja verisuonisairauksien riski kaksinkertainen (Grundy 2008). Metabolista oireyhtymää sairastavalla on 30-40 prosentin riski sairastua tyypin 2 diabetekseen 20-vuoden kuluessa. (Enas, Mohan, Deepa, Farooq, Pazhoor & Chennikkara 2007). On myös arvioitu, että osa metabolisen oireyhtymän riskitekijöistä on mahdollisesti geneettisesti periytyviä. (Pollex & Heggele 2006.) Periytyvyyden tekijöitä on kuitenkin ollut haastavaa hahmottaa ja edistyminen periytyvyyden tutkimisen alalla on ollut vaatimatonta. (Abou Ziki & Mani 2016.)

3.2.1 Keskivartalolihavuus

Ylipainolla ja vyötärölihavuudella katsotaan olevan tärkeä osa metabolisen oireyhtymän kehittymisessä. Vatsaonteloon kertyvä rasva aiheuttaa tulehdustilan, joka saa aikaan maksassa aineenvaihdunnallisia häiriöitä. (Mustajoki 2017 a.) Vyötärölihavuuden yhtenä komplikaationa on maksan rasvoittuminen, jolla on vahva yhteys tyyppin 2 diabeteksen syntymiseen. (Mustajoki 2017 b.) Rasvoittuneen maksan ja sitä ympäröivän rasvakudoksen on tutkittu olevan insuliiniresistentimpi rasvattoomaan maksaan verrattuna (Lomonaco, Ortiz-Lopez, Orsak, Webb, Hardies, Darland, Finch, Gastaldelli, Harrison, Tio & Cusi 2012). Insuliiniresistenssin lisäksi sisäelinten ympärille kertyvä viskeraalinen rasva eli sisäelinsä rasva on yhdistetty kardiometabolisiin häiriöihin sekä sydämen sepelvaltimoiden ateroskleroosiin. Subkutaanisella rasvalla eli ihonalaisella rasvalla on myös osansa aineenvaihdunnan häiriöissä. Vaikutus ei kuitenkaan ole yhtä merkittävä kuin viskeraalisella rasvalla. (Shah, Murthy, Abbasi, Blankstein, Kwong, Goldfine, Jerosch-Herolf, Lima, Ding & Allison. 2014.)

Ylimääräisen rasvakudoksen tiedetään viestivän hormonaalisesti ympäröivän kudoksen kanssa, jolloin syntyy erilaisia aineenvaihdunnallisia reaktioita. (Lafontan 2005; Coelho, Oliveira & Fernandes 2013.) Rasvasolut erittävät erilaisia aineenvaihduntaan vaikuttavia aineita, joista tunnetuimpia ovat adipokiinit: leptiini ja adiponektiini. Leptiini vaikuttaa ruokahaluun hypotalamuksen kautta, jossa se aktivoi ruokahalua vähentäviä hermosoluja. Leptiinipitoisuudet ovat tyypillisesti koholla lihavilla ihmisillä. (Kaukua 2009, 881-882.) Jostain syystä elimistön herkkyys reagoida kohonneisiin leptiinipitoisuuksiin on heikentynyt. Ilmiö on hieman samantyyppinen kuin tyyppin 2 diabeteksessa, jossa keho ei enää reagoi lisääntyneeseen insuliinin määrään elimistössä. (Mayers, Leibel, Seeley & Schwartz 2010.) Adiponektiinipitoisuus on sitä vastoin madaltunut lisääntyneen lihavuuden vuoksi. Adiponektiinin tehtävänä on säädellä elimistön glukoositasapainoa ja rasvahappojen hajotusta (Lihn, Pedersen & Richelsen 2005). Adiponektiinillä arvioidaan myös olevan tulehdusta, valtimotautia ja insuliiniresistenssiä ehkäisevä vaikutus. (Kaukua 2009, 881-882.) Vyötärölihavuus myös alentaa veren HDL-kolesterolipitoisuutta (Eskelinen 2016).

Rasvakudoksen tiedetään pystyvän erittämään tulehduksellisten sytokiinien lisäksi myös muita tulehdustilaa edistäviä hormoneja, jotka voivat aiheuttaa ympäröivään kudokseen tulehdusreaktion (Lafontan 2005; Coelho, Oliveira & Fernandes 2013). Rasvasolujen koon kasvusta johtuva solujen hajoaminen aiheuttaa myös tulehduksellisia reaktioita elimistöön (Monteiro & Azevedo 2010). Liikalihavilla onkin tutkimuksissa C-reaktiivinen proteiini kohonnut merkittävästi, joka kuvastaa tulehdustilaa elimistössä veriarvoja mitattaessa. (Piestrzeniewicz, Łuczak, Komorowski, Jankiewicz-Wika & Goch 2007). Tulehdusreaktiolle ei kuitenkaan ole aina yhtä ainoaa tekijää, jolloin sitä pidetään monien tekijöiden yhdistelmänä (Monteiro & Azevedo 2010).

Ylipainon tiedetään vaikuttavan sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaan heikentävästi. On arvioitu myös, että lisääntynyt rasva aiheuttaa sydän- ja verenkiertoelimistön heikkenemistä rasva-aineenvaihduntahäiriöiden, kohonneen verenpaineen, insuliiniresistenssin, tulehdusten ja tromboosille altistavien tekijöiden kautta. (Poirier, Giles, Bray, Hong, Stern, Pi-Sunyer & Eckel 2005.)

3.2.2 Insuliiniresistenssi

Insuliiniresistenssi on keskeinen tekijä metabolisessa oireyhtymässä (Vanhala 2010; IDF 2006). Insuliiniresistenssissä insuliinin vaikutus kohdekudoksissa on heikentynyt, joista aineenvaihdunnan kannalta merkittäviä ovat lihaskudos, rasvakudos sekä maksa. Insuliinilla on kuitenkin vaikutuksia myös muissakin kudoksissa, esimerkiksi aivoissa ja verisuonissa. Kun energian tarjonta ylittää solujen energian tarpeen, signaalinsiirtojärjestelmät aktivoituvat stressin vaikutuksesta, joka johtaa lopulta tulehdukselliseen tilaan. Keskushermostossa ja perifeerisissä kudoksissa tapahtuva tulehdusvasteiden aktivaatio heikentää insuliiniherkyyttä sekä glukoosinsietoa ja siten altistaa lihomiselle. (Mäkinen ym. 2013).

Kohdekudosten muuttuessa insuliiniresistenteiksi, vapaana oleva glukoosi saa haiman erittämään yhä enemmän insuliinihormonia, jotta kohdekudokset saisivat käyttöönsä glukoosia. Jatkuvasti kasvavalla insuliinin tarpeella on väsyttävä vaikutus haiman beetasoluihin, joka heikentää insuliinin tuotantoa. Tällainen tilanne johtaa hyperglykeemiseen tilaan, jossa henkilön verensokeri on koholla ja josta siten

kehittyy tyypin 2 diabetes. (IDF 2006). Insuliiniresistentin elimistön kyky estää rasvahappojen hajoamista on myös heikentynyt, jonka vuoksi maksaan virtaa aina vain enemmän ja enemmän rasvahappoja. Usein tuloksena on maksan rasvoittuminen, joka itsessään lisää tulehduksellisia tekijöitä elimistössä. (Donnelly, Smith, Schwarzenberg, Jessurun, Boldt & Parks 2005; Lomonaco ym. 2012.)

3.2.3 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on metabolisen oireyhtymän riskitekijän lisäksi yksi metabolisen oireyhtymän aineenvaihdunnallisista komplikaatioista. Viskeraalinen eli sisäelinsä rasva on aineenvaihdunnallisesti vilkkaampaa kuin ihonalainen rasva. Vilkas rasvakudos vapauttaa aineenvaihduntatuotteita verenkiertoon, jotka siten aiheuttavat maksassa ja muissa elimissä aineenvaihdunnallisia ja tulehduksellisia häiriöitä, kuten korkeaa verenpainetta. (Mustajoki 2017 c.)

On arvioitu, että metabolinen oireyhtymä kiihdyttää valtimoiden vanhenemista ja vahvistaa korkean verenpaineen aiheuttamia muutoksia elimissä, erityisesti munuaisissa ja sydämessä. Metabolisen oireyhtymän riskitekijät eivät yleensä yksistään riitä vaikuttamaan kudosten ja elinten muutoksiin tai tuhoutumiseen. Riskitekijöiden yhteisvaikutusten arvioidaan aiheuttavan sydämen vasemman kammion liikakasvua ja toimintahäiriöitä, aortan elastisuuden heikentymistä ja mikroalbuminuriaa. (Mulè, Calcaterra, Nardi, Cerasola, and Cottone 2014.)

Korkea verenpaine lisää sydämen vasemman kammion liikakasvua eli LVH:ta merkittävästi. LVH:n esiintyvyys hypertensiivisillä potilailla on 2-5 kertainen normaalipaineiseen väestöön verrattuna. (Vasemman kammion hypertrofian yleisyys ja taustatekijät: Käypä hoito -suositus 2014.) Vasemman kammion liikakasvu liittyy olennaisesti kohonneeseen verenpaineeseen, sillä verenpaineen kohotessa myös sydänlihaksen työmäärä lisääntyy. Sydän kompensoi lisääntyntä työmäärää kasvatamalla sydänlihaksen kokoa, joka voi taas aiheuttaa jatkokomplikaationa sydämen vajaatoimintaa (Kahan & Bergfeldt 2005; Kattel, Memon, Saito K, Jarula & Saito Y 2016.)

3.2.4 Veren lipidiarvojen muutokset

Verenkierto kuljettaa elimistön rasvoja kudosten välillä erityisten lipoproteiinien avulla. Tämän opinnäytetyön kannalta on olennaista, että työssä määritellään metaboliselle oireyhtymälle merkitykselliset HDL-kolesteroli ja triglyseridi. HDL-kolesterolin eli niin kutsutun hyvän kolesterolin tehtävänä on kuljettaa kolesterolia käänteiskuljetuksella kudoksista ja verisuonista verenkierron kautta maksaan, josta se lopulta poistuu sapen kautta ulosteeseen. Tutkimusten mukaan korkeat HDL-arvot on yhdistetty pienentyneeseen valtimosairauksien riskiin. (Eskelinen 2016; Kovanen, Pentikäinen & Viikari 2009, 809.) Triglyseridien tehtävänä on taas toimia elimistön solujen energialähteenä. Ne muodostuvat sekä maksa-, että rasvasoluista, jonka lisäksi elimistö saa niitä syödyistä ravinnosta. (Kovanen ym. 2009, 810; Mustajoki 2018 a.)

Alentunut HDL-kolesterolin määrä veren seerumissa yhdistetään useiden tutkimusten mukaan erilaisiin sydän- ja verisuonitauteihin. Tutkimuksissa on selvinnyt, että HDL-hiukkaset ehkäisevät tulehduksesta aiheutuvaa kudostuhhoa muodostamalla elimiä suojaavia tekijöitä. Alentuneiden HDL-kolesterolinarvojen takia puuttuvat suojatekijät voivat altistaa elimistön ateroskleroosille, diabetekselle ja tulehduksesta aiheutuvalle elin- ja kudostuholle. (Rohrer, Hersbereg & Eckardstein 2004.)

On kuitenkin mainittava, että suorat HDL-kolesterolipitoisuutta nostavat lääkkeet, eivät tutkimusten mukaan vähennä sydän- ja verisuonisairauksien esiintymistä. HDL-kolesterolipitoisuuden mittaamisen ei nykytiedon mukaan tulisi perustua yksistään HDL-kolesterolipitoisuuteen, sillä kolesterolimittaus ei ota huomioon monimuotoisempien HDL-hiukkasten toiminnallisuutta. Tutkimusnäytön mukaan HDL-hiukkaset osallistuvat lipidi- ja kolesteroliaineenvaihdunnan lisäksi tulehdus- ja immuunivasteen toimintaan. (Shah, Tan, Long & Davidson 2013; Söderlund & Taskinen 2018.) Pienentynyt HDL-kolesterolipitoisuus heijastaa kuitenkin kohonnutta triglyseridien määrää veressä, jolla on omat haittavaikutuksensa elimistön toimintaan (Söderlund & Taskinen 2018; Karathanis, Freeman, Gordon & Remaley 2016).

Triglyseridien tehtävänä on toimia elimistön solujen ja kudosten energialähteenä. Tavallisesti triglyseridien määrä veressä on alle 2,0 mmol/L ja arvon ylittänyttä tilaa kutsutaan nimityksellä hypertriglyseridemia. Kohonneet triglyseridiarvot lisäävät tunnetusti sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Tyypillisesti triglyseridiarvoja nostavat lisääntynyt vyötärölihavuus, runsas nopeiden hiilihydraattien määrä, runsas alkoholinkäyttö ja huonossa hoitotasapainossatasapainossa oleva diabetes. (Mustajoki 2018 a.)

Triglyseridit kulkevat elimistössä rasvojen kuljetukseen erikoistuneiden lipoproteiinien ja kylomikroneiden välityksellä. Kyseiset järjestelmät kuljettavat ja siirtävät triglyseridejä kudoksiin säilytettäväksi ja energian muodostamiseksi. Liiallinen triglyseridien ja muiden rasvojen pitoisuus rasvakudoksessa yhdessä insuliiniresistenssin kanssa aiheuttaa rasvahappojen ohjautumisen maksaan, jossa triglyseridisynteesin tuotanto kiihtyy. Maksan rasvoittuminen vähentää taas sen aineenvaihdunnallista toimintaa ja voi heikentää insuliinin vaikutusta kudoksissa. (Männistö & Pihlajamäki 2016; Kovanen ym. 2009.) Toisaalta taas insuliinilla on kyky heikentää rasvojen hajoamista ja varastoitumista maksaan (Männistö & Pihlajamäki 2016).

3.3 Metabolisen oireyhtymän hoito ja ehkäisy

Elintavoilla on tärkeä merkitys metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa (Uusitupa 2012, 309). Metabolisen oireyhtymän kehittyminen voidaan kokonaan ehkäistä säilyttämällä normaalipaino (Mustajoki 2017). Hoito on siis ensisijaisesti lääkkeetöntä ja keskittyy elintapojen muutoksiin. Lääkkeetön hoito koostuu laihduttamisesta, liikunnan lisäämisestä, ravitsemustottumusten muuttamisesta, tupakoinnin lopettamisesta sekä alkoholin käytön vähentämisestä. (Vanhala 2010). Laihduttaessa rasvakudos vähenee sekä vatsaontelosta että maksasta, jolloin veren kolesteroliarvot paranevat, verensokeri laskee ja verenpaine alenee. Vyötärön kaventuminen siis vaikuttaa kaikkiin metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin alentavasti. (Mustajoki 2017 c).

Suomalainen aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy tutkimus (DPS) osoitti, että painonhallintaan, ruokavalioon sekä liikuntaan kohdistuvalla henkilökohtaisella

interventiolla pystyttiin ehkäisemään tyypin 2 diabetesta merkittävästi. Tyypin 2 diabeteksen riski väheni 58 prosentilla koeryhmässä. (Tuomilehto, Lindström, Eriksson, Valle, Hämäläinen, Ilanne-Parikka, Keinänen-Kiukaanniemi, Laakso, Louheranta, Rastas, Salminen & Uusitupa 2001). Samasta tutkimuksesta tehty analyysi osoitti myös, että 3,9 vuoden päästä tutkimuksen aloituksesta, metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli interventioryhmässä vähentynyt merkittävästi henkilökohtaisella elintapaohjaksella (Ilanne-Parikka, Eriksson, Lindström, Peltonen, Aunola, Hämäläinen, Keinänen-Kiukaanniemi, Laakso, Valle, Lahtela, Uusitupa, Tuomilehto, 2008). Metabolisen oireyhtymän hoidossa hyödynnettävien elintapainterventioita tutkineen meta-analyysin mukaan elintapainterventiota saaneilla, metabolisen oireyhtymän kriteerit lakkasivat täyttymästä kaksi kertaa useammin kuin verrokiryhmällä (Yamaoka & Tango 2012).

Metabolisen oireyhtymän hoidossa voidaan myös käyttää lääkettä, vaikka useimpiin häiriötekijöihin lääkehoito tehoaakin huonosti (Mustajoki 2017 c). Metaboliseen oireyhtymään ei ole olemassa yhtä hoitavaa lääkettä, vaan lääkehoito kohdistuu sen osatekijöihin (Vanhala 2010). Kohonnutta verenpainetta tulee ensisijaisesti hoitaa elintapamuutoksilla, mutta tarvittaessa myös verenpainelääkitystä voidaan käyttää. Ensisijaisia verenpainelääkkeitä ovat ACE-estäjät sekä ATR-salpaajat. Dyslipidemian hoidossa keskitytään kohonneen LDL-kolesterolin hoitoon, ja ensisijainen lääke on statiini. Mikäli se ei sovellu käytettäväksi, voidaan tarvittaessa käyttää fibriniä. (Syväne 2018.) Metabolista oireyhtymää sairastavan potilaan kohonnutta verensokeria hoidetaan ensisijaisesti metformiinilla (Vanhala 2010). Metformiini vähentää esivaiheessa olevan diabeteksen puhkeamista tyypin 2 diabetekseksi. Jos henkilön glukoosiaineenvaihdunnanhäiriö on kehittynyt diabeteksen tasolle, tulee käyttää diabeteksen hoitoperiaatteita. (Syväne 2018).

3.3.1 Ravitsemus

Metabolista oireyhtymää sairastavan potilaan tulee noudattaa terveyttä edistävää ja suositusten mukaista ruokavaliota ja siten pyrkiä painon pudotukseen sekä painonhallintaan. Ruokavalion rooli on lihavuuden ehkäisyssä merkittävä ja lihavuuden ehkäisyyn tulee panostaa voimakkaasti, sillä lihavuuden hoito on nykyisillä

keinoilla varsin haastavaa. Onnistuneella lihavuuden ehkäisyllä on merkittäviä terveydellisiä vaikutuksia yksilö- sekä väestötasolla. (Uusitupa 2012, 306-307, 309). Ravitsemusneuvonnan tarkoituksena on ohjauksen avulla vaikuttaa potilaan ruokailutottumuksiin hänen sairautensa hoidon edellyttämään suuntaan kohden ja sen tulee pohjautua kansallisiin ravitsemussuosituksiin. Ruokailutottumusten muuttaminen on kuitenkin haastavaa, sillä sairauden uhka harvoin riittää motivoitumaan potilasta muutokseen. Lihavuutta ei pidetä riittävänä syynä muutokseen, jos siitä ole merkittävää haittaa (Schwab 2012, 345).

Ravitsemusneuvonnassa on keskeistä Schwab:n (2012) mukaan, että neuvonnalla pyritään herättämään ja vahvistamaan motivaatiota sekä hoitomyöntyvyyttä. Neuvonnan pitäisi olla riittävän yksilöllistä potilaan mieltymyksiin, tapoihin, mahdollisuuksiin sekä hänen tilanteeseensa soveltuen. Neuvonnan tulee olla tavoitteellista, havainnollistavaa sekä riittävän käytännön läheistä. Potilas tarvitsee käytännön tietoa elintarvikkeiden ravintosisällöstä, ruokavalion koostamisesta, ruuan valmistamisesta sekä ravinnon ja terveyden välisestä suhteesta. Tämän lisäksi onnistuneeseen ravitsemusneuvontaan sisältyy myös toteutuksen seuranta sekä myönteisen palautteen antamista. Perusteltu tieto kasvattaa motivaatiota, mutta tiedon anto ei yksin riitä muutokseen. Tarvitaan myös onnistumisen ja hyvän olon tunteita sekä elämänlaadun paranemista, jotta motivaatio kehittyy. Ravitsemusneuvonnan tulee olla riittävän joustavaa ja selkeää, jotta ohjaus ei tuottaisi epävarmuutta ja johtaisi ohjeiden laiminlyöntiin. (Schwab 2012, 345)

Suomalainen ravitsemussuositus (2014) painottaa ruokavalion kokonaisuutta sekä säännöllistä ateriaritmiä. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio ehkäisee sydän- ja verisuonisairauksia, tyypin 2 diabetesta sekä lihavuuden kehittymistä. Terveyttä edistävinä muutoksina ruokavaliossa suositellaan vähentämään ruoan energiatihyettä ja lisäämään ravintoainetiheyttä sekä parantamaan hiilihydraattien laatua. Punaista lihaa, lihavalmisteita ja suolaa tulee vähentää ruokavaliossa sekä käytettyjen rasvojen laatua voidaan parantaa käyttämällä vähemmän tyydyttyneitä rasvoja ja lisäämällä tyydyttymättömiä rasvoja ruokavalioon. Kasviksia, marjoja, hedelmiä, kalaa sekä pähkinöitä ja siemeniä tulee lisätä ruokavalioon, kun taas

sokeripitoisia ruokia ja alkoholijuomia tulee vähentää. Vaaleat viljavalmistet tulee vaihtaa täysjyvävalmisteisiin. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014).

Suomalaisessa aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa, interventoryhmä sai elintapaohjausta, joka sisälsi henkilökohtaista painonhallinta-, ravitsemus- sekä liikuntaohjausta. Kontrolliryhmälle annettiin vain yleistä suullista sekä kirjallista informaatiota elintapamuutokseen tähtäävästä ruokavaliosta sekä liikunnasta. Interventoryhmällä paino oli pudonnut 3,5kg ja kontrolliryhmällä 0,8kg kahden vuoden päästä tutkimuksen aloituksesta. (Tuomilehto ym. 2001).

3.3.2 Liikunta

Liikunta vaikuttaa metabolisen oireyhtymän merkittäviin patofysiologisiin tekijöihin, insuliiniresistenssiin, rasvakudoksen kertymiseen ja jakautumiseen sekä sympaattisen hermoston aktiivisuuteen (Vuori 2010, 456). Tämän lisäksi liikunta vaikuttaa useimpiin metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin alentavasti ja säännöllinen liikunta tukee painonhallintaa (Syväne 2018). Aerobisella kunnolla ja metabolisella oireyhtymän esiintyvyydellä on todettu olevan yhteys ja tutkimusten mukaan se saattaa johtua vatsan sisäisen rasvan muutoksista (Lakka, Laaksonen, Lakka, Männikkö, Niskanen, Rauramaa & Salonen; Vuori 2010, 455). Hyväkuntoisen henkilön ihonalainen ja sisäelimiin kertynyt rasvakudos on vähäisempää huonokuntoiseen verrattuna, vaikka painoindeksi ja vyötärön ympärys ovat arvoltaan yhtä suuret. Liikuntaharjoittelu saattaa vähentää ihonalaista sekä sisäelimiin kertynyttä rasvaa, vaikka painoindeksissä tai vyötärön ympäryksessä ei tapahtuisi muutoksia. Myös lihasvoiman kehittyminen vähentää metabolisen oireyhtymän riskiä. (Vuori 2010, 454-455).

Wewegen, Thomin, Ryen ja Parmenterin (2018) meta-analyysissä aerobisen harjoittelun interventioilla saavutettiin merkittäviä tuloksia metabolista oireyhtymää sairastavilla koehenkilöillä riskitekijöitä pienentämällä. Vyötärön ympärys kaventui keskimäärin 3,4cm, paastoverensokeri pieneni 0,15mmol/l, HDL-kolesteroli parani 0,05 mmol/l, veren triglyseridit pieneni 0,29 mmol/l, diastolinen verenpaine aleni 1,6 mmHg sekä maksimaalinen hapenottokyky parani 4,2 ml/kg/min. (Wewege, Thom, Rye & Parmenter 2018). Myös vastusharjoittelu pienensi

sokerihemoglobiinin (HbA1c) arvoa henkilöillä, joilla oli todettu sokeriaineenvaihdintahäiriö, vähensi sisäelimiä ympäröivää rasvaa, paransi veren lipidiarvoja ja alensi verenpainetta (Strasser, Siebert & Schobersberger 2010). Myös menestyksekkäässä suomalaisessa aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (DPS) toteutettiin interventioryhmissä liikuntaohjausta (Tuomilehto ym. 2001). DPS-tutkimuksen pohjalta tehty jatkotutkimus osoitti, että hyötyliikunnan lisääminen ei ollut yhtä tehokasta, kuin keskitetyn aerobisen- tai lihasvoimaharjoittelun lisääminen oli metabolisen oireyhtymän kehittymisen ehkäisyssä (Ilanne-Parikka, Laaksonen, Eriksson, Lakka, Lindstr, Peltonen, Aunola, Keinanen-Kiukaanniemi, Uusitupa & Tuomilehto 2010).

Käypä Hoito –suositusten mukaan 18-64 vuotiaan tulee harrastaa vähintään 150 minuuttia kohtuukuormitteista liikuntaa, esimerkiksi reipasta kävelyä, viikossa tai raskasta liikuntaa, esimerkiksi juoksua, 75 minuuttia viikossa sekä lihaskuntoa ylläpitävää tai kehittävää liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa. (Liikunta: Käypä Hoito –suositus 2016).

4 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT

Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys psykiatrilie häiriölle, joihin liittyy kliinisesti merkittäviä psyykkisiä oireita, joista muodostuu tautiluokitusten mukaisia oireyhtymiä (THL 2019 b). Suomalaisista 1,5 prosenttia sairastuu vuosittain mielen terveyden häiriöihin ja arviolta noin joka viidennes suomalaisista sairastaa jotain mielen terveyden häiriötä. Mielenterveyden häiriöiden tarkka määrittely on haastavaa, koska osa mielen oireista kuten suru, ahdistus, pelot ja pettymykset, kuuluvat tavalliseen elämään. Mielenterveyshäiriöissä henkilön tunteet, ajatukset, mieliala ja käyttäytyminen haittaavat toimintakykyä sekä aiheuttavat kärsimystä (Huttunen 2017). Vakaviin mielen terveyden häiriöihin liittyy usein psyykkistä kärsimystä, elämänlaadun heikentymistä sekä toimintakyvyn alentumista (Lönnqvist & Lehtonen 2017, 19). Suomessa mielen terveyden häiriötä luokitellaan Maailman terveysjärjestön kehittämän ICD-luokituksen sekä Yhdysvaltojen psykiatrisen yhdistyksen DSM-5 -järjestelmän avulla (THL 2019 b).

Tämän tutkimustyön kannalta merkittäviksi mielen terveyden häiriöiksi on määriteltä skitsofrenia sekä depressio. Skitsofrenia on oikeuspsykiatrisessa Vanhan Vaasan sairaalassa yleisin hoidettava mielen terveyshäiriö. Depressiota sairastavilla taas metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden on todettu olevan merkittävä (Gheshlagh, Parizad & Sayehmiri 2016).

4.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia, vanhalta nimeltään jakomielitauti, on nuorella aikuisiällä alkava vakava mielen terveyden häiriö, joka luokitellaan psykoosiksi. Skitsofrenian hoito on kehittynyt vuosien saatossa, mutta edelleen se on yksi vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista maailmassa. Siihen liittyy merkittävää toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä sekä potilaiden että omaisten kärsimystä. Koko väestöstä yksi prosentti sairastuu skitsofreniaan elämänsä aikana, ja Suomessa skitsofrenian esiintyvyys on kansainvälisesti mitattuna korkea. Miehillä sairaus puhkeaa tyypillisesti 20-28 vuoden iässä ja sairastumisriski on 1,4-kertainen naisiin verrattuna. Naisilla sairaus alkaa tyypillisesti 24-32 vuoden iässä. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 142,144 & 159; Huttunen 2018 b.)

Skitsofrenia on etiologialtaan monisyinen ja sen oireet sekä kulku vaihtelevat suuresti eri henkilöillä. Tästä syystä sitä pidetään suurella todennäköisyydellä heterogeenisenä sairautena. (Huttunen 2018 b.) Perinnölliset tekijät lisäävät sairauden esiintyvyyttä ja skitsofreniaa sairastavan lapsella tai sisaruksella riski sairastua on 7-9 prosenttia, kun koko väestön esiintyvyys on noin yhden prosentin luokkaa. Raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden on todettu olevan yhteydessä aikuisiällä puhkeavan skitsofrenian esiintyvyyteen. Lapsuuden traumaattiset kokemukset, kuten väkivalta-, kiusaamis- ja hyväksikäyttökokemukset sekä vaikeat perheolosuhteet lisäävät myös sairastumisen riskiä. (Suvisaari ym. 2017, 160-163.) Osalla sairastuneista on nähtävissä toiminnallisesta näkökulmasta merkittäviä muutoksia aivojen ohimo- ja otsalohkojen rakenteessa sekä toiminnassa (Huttunen 2018 b.)

4.1.1 Skitsofrenian oirekuva

Skitsofreniassa sairaudenkuva on yksilöllinen, ja kliiniset piirteet ovat erilaisia henkilöstä riippuen. Sairaudelle on myös tyypillistä, että se muuttuu ajan kuluessa. Joillakin oireita esiintyy vain sairauden akuutissa psykoosivaiheessa ja henkilö saattaa olla täysin oireeton tai kärsiä vain lievistä oireista akuuttien jaksojen välissä. Toisilla taas oireet eivät häviä akuuttien sairausjaksojen välissä, mutta he pystyvät kuitenkin tiedostamaan aistiharhojen sekä harhaluulojen epätodellisuutta. (Huttunen 2018 b.) Skitsofrenia alkaa tyypillisesti ennakko-oireilla eli prodromaalioireilla, joita saattaa olla vuosia ennen varsinaista psykoottista vaihetta. Skitsofreniaan sairastuminen onkin usein hidas prosessi. Tyypillisiä ennakko-oireita ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus, mielialan lasku, keskittymisvaikeudet ja vähäenergisyys. Lähempänä psykoosin sairastumista alkaa esiintyä aistiharhoja sekä epäluuloisuutta. (Suvisaari ym. 2017, 144.)

Skitsofrenian varsinaiset oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat muun muassa normaalien psyykkisten toimintojen häiriintyminen, aistiharhat ja harhaluulot. Negatiivisia oireita ovat taas normaalien psyykkisten toimintojen puuttuminen tai heikentyminen, disorganisaatio-oireet, joita ovat hajanainen puhe ja käytös sekä epäsojivat tunneilmaisut. Negatiivisiin oireisiin kuuluu edellä mainittujen lisäksi kognitiiviset toimintahäiriöt, tunneilmaisujen

latistuminen, anhedonia eli kyvyttömyys nauttia, sekä puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. (Suvisaari ym. 2017, 144.)

Skitsofrenialla on usein negatiivisia vaikutuksia emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Tunteiden ja ajatusten ilmaisu on vaikeutunut ja luova ajattelu sekä uusien ihmissuhteiden luominen ja ylläpito on haastavaa. Skitsofreniassa toimintakyky heikkenee sairautta edeltäneeseen tasoon verrattuna ja lapsena tai nuorena sairastunut ei usein saavuta sitä toimintakykyä, johon hänen odotettaisiin aikuisena pääsevän. Kognitiiviset toiminnanhäiriöt heikentävät keskittymistä, muistia, tarkkaavaisuutta sekä toiminnanohjausta, jolla tarkoitetaan psyykkisiä prosesseja, joiden avulla toteutetaan tavoitteellista toimintaa. Sairastuneen tajuun taso sekä orientaatio pysyvät usein normaaleina, vaikka käsitteellinen ajattelu on usein häiriintynyt. Kognitiiviset häiriöt saattavat vaikeuttaa sairastuneen hoitoon hakeutumista ja hoidon toteutumista. (Suvisaari ym. 2017, 144, 152).

Skitsofrenian puhjettua sen vaiheet jaetaan akuuttivaiheeseen, tasaantumisvaiheeseen ja vakaaseen vaiheeseen. Akuutissa vaiheessa oireita on usein ollut vähintään kuukauden ja joskus vielä pidempäänkin. Akuutissa vaiheessa esiintyy yleensä positiivisia sekä negatiivisia oireita ja potilas on psykoottinen. Tasaantumisvaiheessa akuutin vaiheen oireet ovat lieventyneet, ja se saattaa kestää useita kuukausia. Tasaantumisvaiheessa potilas on herkkä psykoosin uusiutumiselle (relapsille), jolloin pyritään siihen, että oireiden lieventyminen olisi vakaalla pohjalla. (Suvisaari ym. 2017, 174-175.) Vakaassa vaiheessa potilas on toipunut akuutin vaiheen oireista (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015).

4.1.2 Skitsofrenian diagnostiikka

Skitsofrenian diagnosoinnissa käytetään ICD-10 luokitusta. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015). WHO:n ICD-10 eli International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems on Suomessa käytössä oleva sairauksien diagnosointiin käytettävä tautiluokitus (THL 2011). Skitsofrenia-diagnoosin (F20) asettamiseksi tulee tietyntyyppisten oireiden esiintyä riittävän kauan. Niin sanottuja Schneiderin first rank –oireita ovat: Ääniharhat, joissa henkilön käyttäytymistä kommentoidaan tai ääniharhat, joissa henkilöstä keskustellaan. Ajatusten erilainen

riisto, siirto ja levittäminen sekä niiden ääneen kaikuminen. Vaikuttamis-, kontrollointi-, passiivisuusharhat eli harhaluuloiset havainnot sekä muut eriskummalliset havainnot. Yhdenkin Scheiderin first rank –oireen esiintyminen kuukauden ajan riittää diagnoosin asettamiseen. Jos niitä ei esiinny, tarvitsee vähintään kahden seuraavista oireista esiintyä kuukauden ajan: Päivittäiset aistiharhat ja niihin liittyen harhaluuloja, joita ei voida yhdistää sisällöltään mielialaoireiluun, katatoniset oireet, hajanainen puhe, itsepintaiset yliarvoiset ajatukset, tai negatiivisia oireita, joita ei voida selittää masennuksella tai lääkityksen käytöllä. (Suvisaari ym. 2017 143.)

ICD-10:ssä Skitsofrenia on jaettu yhdeksään alatyyppeihin: paranoidinen skitsofrenia (F20.0), hebefreeninen skitsofrenia (F20.1), katatoninen skitsofrenia (F20.2), erilaistumaton skitsofrenia (F20.3), skitsofrenian jälkeinen masennus (F20.4), residuaalinen eli jäännösskitsofrenia (F20.5), eristysisosatekijätön skitsofrenia (F20.6), muu skitsofrenia (F20.8) sekä määrittämätön skitsofrenia (F20.9) (Suvisaari ym. 143.) American Psychiatric Association:n 2013 julkaisemassa DSM-5:ssä, skitsofrenian alatyypeistä on kokonaan luovuttu niiden tieteellisen näytön puutteen vuoksi. DSM-5 on mielenterveyden häiriöiden luokitus, jota Suomessa käytetty lähinnä tieteellisessä tutkimuksessa. (Isometsä & Paunio 2013; Suvisaari ym. 2017 143).

Skitsofrenian diagnoosi perustuu esitietoihin, joissa on käyty läpi potilaan oireiden ja toimintakyvyn kehitystä, potilaan perheestä ja suvusta saatuja tietoja sekä psykiatrisen ja somaattisen tutkimuksen tuloksia. Diagnoosin tekee psykiatrian erikoislääkäri, ja se on aina kliininen. Psykiatriseen tutkimukseen kuuluu kliininen haastattelu, perhehaastattelu sekä potilaan lasten tilanteen arviointi. Somaattisessa tutkimuksessa erilaisin tutkimuksin sekä kuvantamismenetelmin suljetaan pois psykoosin aiheutuminen mahdollisista somaattisista sairauksista. Samalla tutkitaan myös skitsofrenian somaattisia samanaikaissairauksia. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015).

4.1.3 Skitsofrenian hoito

Skitsofrenian keskeisiä hoitomenetelmiä ovat psykoosilääkitys sekä potilaan ja koko perheen koulutuksellinen terapia eli psykoedukaatio. Lisäksi hoito koostuu psykososiaalisista yksilöhoidon spesifisistä muodoista, psykososiaalisen kuntoutuksen muodoista sekä työkuntoutuksesta ja tuetun työllistymisen edistämisestä. Psykoosilääkitys on tärkeä osa skitsofrenian hoitoa (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus 2015). Lääkitys vähentää merkittävästi akuutin psykoosin oireita, uusien sairausjaksojen esiintymistä sekä kokonaiskuolleisuutta. Lääkitys tulee yhdistää muihin hoitomuotoihin (Suvisaari ym. 2017, 178).

Psykoosilääkkeet jaetaan kahteen ryhmään, perinteisiin ja toisen sukupolven psykoosilääkkeisiin. Perinteiset psykoosilääkkeet jaetaan vielä annosten mukaan pienannos- (<100mg) ja suurannoslääkkeisiin (>100mg). Eniten käytettyjä pienannoslääkkeitä ovat perfenatsiini, haloperidoli ja tsuklopentiksoli. Eniten käytössä olevia suurannoslääkkeitä ovat taas klooriprotikseeni, klooripromatsiini ja levomepromatsiini. Suomessa käytössä olevia toisen sukupolven psykoosilääkkeitä ovat amisulpridi, aripipratsoli, asenapiini, ketiapiini, klotsapiini, loksapiini, lurasidoni, paliperidoni, risperidoni, sertindoli ja tsiprasidoni. (Huttunen & Socada 2017, 18-21 & 37).

Psykoosilääkkeiden pääasiallinen tarkoitus on lievittää psykoottisia oireita, mahdollisesti esiintyvää aggressiivisuutta, ahdistusta ja unettomuutta. Vain klotsapiinilla sekä amisulpiridilla on havaittu olevan vaikutuksia negatiivisiin puutosoireisiin. (Huttunen & Socada 2017, 40-41.) Myös ylläpitovaiheessa tulee käyttää säännöllistä psykykelääkitystä, koska sen on todettu vähentävän uusiutumisriskiä. Kaikista sairastuneista noin kolmannes ei hyödy merkittävästi psykykelääkkeistä ja noin 5 prosenttia potilaista jää kokonaan ilman vastetta. Vaikeahoitoisilla potilailla on usein päihde- ja/tai persoonallisuushäiriöitä taustalla. Päihderiippuvaisen potilaan positiivisia oireita on vaikeampi hoitaa lääkehoidolla. (Suvisaari ym. 2017, 181-183.)

Psykoedukaatiossa skitsofreniaan sairastunutta tuetaan erilaisten selviytymiskeinojen kehittämisessä. Potilasta myös tuetaan ennen psykoosijaksoa esiintyvien

ennakko-oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa sekä stressitekijöiden hallinnassa, jotka ovat yhteydessä sairauden kulkuun. Psykoedukaatiossa jaetaan tietoa ja kokemuksia skitsofreniaan sairastuneen, hänen läheistensä sekä ammattilaisten välillä. (Suvisaari 2017, 193.) Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa (2015) sairastuneelle ja koko perheelle toteutetulla psykoedukaatiolla on A-luokan näyttö sairauden uusiutumisen ennaltaehkäisyssä sekä sairaalajaksojen vähentämisessä. Psykososiaalisilla hoitomuodoilla tuetaan potilasta hänen elämänsä hallinnassa, arkipäivässä, sekä selviytymisessä. Psykoterapia on yksi psykososiaalisista hoitomuodoista, jonka tarkoituksena on, että sairastunut oppii havainnoimaan ja käsittelemään omaa elämäntilannettaan, tunteitaan, ajatuksiaan, mielialojaan sekä käyttäytymistään varsinkin vuorovaikutussuhteissa. (Lönngqvist 2017, 775.) Tuetussa työlistymisohjelmassa on mukana tehtävään koulutettu ammattilainen, joka tukee pitkäjänteisesti potilasta hänen työskennellessään (Suvisaari 2017, 196). Suurelle osalle potilaista vapaille markkinoille työllistyminen ei kuitenkaan ole tavoitteena, jolloin suositellaan työhaastavuuden kannalta portaittain etenevää kuntoutusohjelmaa (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015).

4.1.4 Skitsofrenia ja metabolinen oireyhtymä

Skitsofreniaa sairastavien ruokavalio on yksipuolisempaa, he harrastavat liikuntaa vähemmän, tupakoivat runsaammin ja ovat keskimäärin ylipainoisempia kuin muu väestö (Suvisaari ym. 2017, 157). Skitsofreniaa sairastavien kuidun saanti on vähäisempää, he syövät enemmän tyydyttyynyttä rasvaa ja vähemmän hedelmiä (Dipasquale, Pariante, Dazzan, Aguglia, McGuire & Mondelli 2013).

Skitsofreniaa sairastavien keskimääräinen elinennuste on 13-15 vuotta lyhyempi muuhun väestöön nähden (Hjorthøj, Stürup, McGrath & Nordentoft 2017). Monikansallisen katsauksen mukaan skitsofreniaa sairastavien eliniänennuste ei ole kasvanut samassa tahdissa, kuin yleisväestöllä ja heillä on kaksi kertaa suurempi kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin yleisväestöön verrattuna (Saha, Chant & McGrath 2007). Uusimman kansainvälisen meta-analyysiin mukaan metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli skitsofreniapotilailla 32,6 prosenttia (Vancampfort, Stubbs, Mitchell, De hert, Wampers, Ward, Rosenbaum & Correll 2015). Heiskasen

(2015) mukaan Suomessa avohoidossa olevilla skitsofreniapotilailla esiintyi metabolista oireyhtymää 2-4 kertaa enemmän lähialueen yleisväestöön verrattuna. Eskelisen (2017) esitti väitöskirjassaan, että Suomessa 275 avohoidossa olleella skitsofreniapotilaalla metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli 59 prosenttia.

Psykoosilääkitys saattaa heikentää glukoositasapainoa, aiheuttaa painonnousua sekä dyslipidemioita ja siten kasvattaa sydän- ja verisuonisairauksien riskiä (Suvisaari ym. 2017, 157). Niiden käyttöön liittyy siis merkittävä metabolisen oireyhtymän riski (Huttunen & Socada 2017, 73.) Psykoosilääkityksen lihomista lisäävä haittavaikutus perustuu siihen, että ne vaikuttavat hypotalamukseen ja histamiini- ja leptiinivälitteiseen neurotransmissioon sekä 5HT_{2c}-reseptorin salpaukseen (Koponen 2011). Bakin, Fansenin, Janssenin, Osin ja Dukkerin laajassa meta-analyysissä (2014) todettiin, että kaikki psykoosilääkkeet aiheuttavat keskimäärin painon sekä painoindeksin nousua. Painonnousun todettiin olevan suurinta ensi kertaa psyyykelääkettä käyttävillä.

Painonnousu on suurinta psyyykelääkityksen aloituksesta ensimmäisten viikkojen aikana, mutta se saattaa jatkua ainakin vuoden ajan. Ensimmäisten kolmen viikon aikana tapahtuva nopea painonnousu ennustaa huomattavaa ja yli vuoden kestävää painonousua. (Huttunen & Socada 2017, 74.) Klotsapiinilla ja olantsapiinilla on todettu olevan suurin vaikutus painonnousuun (Tek, Kucukgoncu, Goluksuz, Woods, Srihari & Annamalai 2016; Huttunen & Socada. 2017, 73). Klotsapiinin ja olantsapiinin käyttöön liittyy myös suurentunut tyypin kaksi diabeteksen riski sekä klotsapiinin käyttö saattaa aiheuttaa insuliiniresistenssiä. (Huttunen & Socada. 2017, 76).

Painonhallintaan tulee pyrkiä jo skitsofrenian alkuvaiheessa (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015). Painoa ja vyötärön ympärysmittaa tulee seurata 1-4 viikon välein kolmen kuukauden ajan lääkemutoksen jälkeen sekä 3-6 kuukauden välein sen jälkeen. Paastoverensokeria ja veren kolesteroliarvoja tulee myös seurata 1-2 vuoden välein. Potilailla, joilla esiintyy suvussa diabetesta, painoindeksi on suurempi kuin 25, sokerirasituksensieto on alentunut tai paino on noussut, tulee seurata arvoja tiheämmin. Esimerkiksi kolmen kuukauden välein. Verenpainetta tulee

seurata tarpeen mukaan ja erityisesti lääkemutosten yhteydessä. Potilaan elintapoja tulee seurata ja niihin tulee pyrkiä vaikuttamaan tupakointi- ja ruokavaliointerventiolla sekä ohjata potilasta liikkumaan enemmän. (Suvisaari ym. 2017, 174.) Skitsofreniaa sairastaville potilaille toteutetun ravitsemusneuvonnan, liikuntaneuvonnan sekä psykoedukaation avulla on pystytty vähentämään psyykelääkkeisiin liittyvää painonnousua (Gurusamy, Gandhi, Damodharan, Ganesan & Palaniappan 2018). Myös skitsofreniapotilaille toteutetuilla elämäntapainterventioilla on ollut merkittävää vaikutusta potilaiden painonhallinnassa (Bruins, Jörg, Bruggeman, Slooff, Corpeleijn & Pijnenborg 2014). Jos liikuntatottumukset ovat vähäisiä ja potilas viettää päivänsä lähinnä istuen tai makoillen, suositellaan realistisia toteuttamiskelpoisia tavoitteita liikunnan lisäämiseksi, virallisten liikuntasuosittelujen sijaan (Mielenterveystalo 2019).

4.2 Masennus

Masennus on tunnetilan häiriö, jossa sairastuneen mieliala on madaltunut. On arvioitu, että viidesosa suomalaisista sairastuu masennukseen elämänsä aikana ja heistä puolella se uusiutuu. (THL 2015.) Masennus on myös suurin syy työkyvyttömyyseläkkeelle. Luku on kuitenkin laskenut vuoden 2007 tasosta (4300) vuoden 2016 tasoon (2900) nähden selvästi. (Eläketurvakeskus 2017.) Myös nuorten masentuneisuus on lisääntynyt ja sen esiintyvyys nuorten keskuudessa on noin 20 prosenttia (THL 2018). Masennushäiriöiden on todettu esiintyvän naisilla miehiä enemmän. Esiintyvyys onkin naisilla lähes kaksinkertainen miehiin verrattuna. (Suvisaari 2013.)

Käsitteellä masennus on monta eri merkitystä. Masennuksella voidaan tarkoittaa sairastuneen masentunutta tunnetilaa, jossa oireena on hetkellinen alentuneen mielialan tunne. Pidempikestoinen masentunut mieliala on oma käsitteensä, jonka oireena voi olla masentuneen tunnetilan kroonistuminen. Tällöin puhutaan viikoista, kuukausista ja vuosista. Kolmantena käsitteenä on masennusoireyhtymä, joka luokitellaan mielenterveydenhäiriöksi. (Isometsä 2017, 254.) Masennusoireyhtymässä sairastuneella on myös muita ydinoireita, kuten masentunut mieliala ja mielenkiinnon menetyksen kokeminen (THL 2015).

Depression synty ja etiologia on skitsofrenian tavoin monitekijäinen. Depression syntymekanismi voi olla seurausta aivojen rakenteellisesta muutoksesta. Geeneillä on osoitettu olevan vaikutusta masennuksen kehittymiseen ja kaksostutkimuksissa on todettu, että masentuneisuus on osittain periytyvää. Joillakin geeneillä arvellaan olevan myös kyky säädellä ympäristötekijöiden vaikutusta sairastumisalttiuteen. Geeniperimän lisäksi masentuneisuuden syntyyn vaikuttavat muutokset synapsisen tason välittäjäaineissa, soluissa ja hermoverkkojen neuraalisissa järjestelmissä. Biologisten tekijöiden lisäksi masennuksen syntyyn vaikuttavat lukuisat ympäristötekijät, joista suurimpana myötävaikuttajana on stressi. Niin kutsutut stressitekijät altistavat masennukseen sairastumista yhdessä muiden tekijöiden kanssa. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi masennuksen syntyyn vaikuttaa ihmisen oma psyyke, sosiaalinen ympäristö ja suhteet, sekä oma käyttäytyminen. (Isometsä 2017, 260-267.) Masennukselle ei aina voi nimetä yhtä ainoaa syntytekijää sillä masennukseen sairastuminen on usein biologisten, psykologisten, ympäristötekijöiden ja sosiaalisen ympäristön yhteisvaikutus. (Mielenterveysseura 2019.)

4.2.1 Masennuksen oirekuva

Masentuneen potilaan yleisin tyyppioire on alentunut mieliala, jossa potilaan tuntevire on suurimman osan aikaa alentunut. Masentuneessa tilassa potilaan huomion kiinnittäminen muihin asioihin voi olla vaikeissa masennuksissa jopa mahdotonta. (Isometsä 2017, 254.) Toinen tyyppiesimerkki masennuksen oireista on kiinnostuksen ja mielihyvän menetys. Asiat, jotka ennen tuottivat mielihyvää, eivät enää tunnu kiinnostavilta. Kiinnostuksen puute on tällöin myös pitkäaikaista. (Huttunen 2018 a.)

Masennus voi näkyä myös sairastuneen jatkuvana uupumuksena, itseluottamuksen ja -arvostuksen menetyksenä sekä päättämättömyyden tunteena. Pienetkin ponnistukset voivat tuntua masennukseen sairastuneesta raskailta ja olo voi olla aktiviteetin jälkeen entistä väsyneempi. Potilas voi myös kokea riittämättömyyden, epäonnistumisen ja arvottomuuden tunteita. Tämän lisäksi potilas voi kokea kohtuuttoman suurta itsekritiikkiä tai syyllisyyden tuntoa omia toimiaan kohtaan. Vaikeissa masennuksissa voi korostunut syyllisyyden tunto ilmetä jopa harhaluuloina ja

psykoottisuutena. Potilaalla voi lisäksi ilmetä unihäiriöitä, joka ilmenee useimmiten nukahtamisvaikeutena. Ruokahalu voi myös olla alentunut ja potilaalla voi ilmetä painonlaskua. (Isometsä 2017, 254.)

Masentuneisuus voi vaikuttaa potilaan motoriikkaan psykomotorisena hidastumisenä. Kyseinen tila ilmenee hitautena, jähmettymisenä ja ilmeettömyytenä. Psykomotorinen kiihtyneisyys sitä vastoin ilmenee levottomuutena ja tuskaisuutena. Voimakas tuskaisuuden tunne voi näkyä raajojen levottomuutena, tarkoituksettomina liikkeinä ja tuskaisena huohotteluna. (Isometsä 2017, 255.)

Masentuneilla voi myös esiintyä jossain määrin kuolemaan ja itsemurhaan liittyviä ajatuksia. Osalla voi olla taustalla jopa itsemurhayrityksiä ja valmiita itsemurhasuunnitelmia. (Isometsä 2017, 254.) Itsetuhoisuus voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan itsetuhoisuuteen. Epäsuora itsetuhoisuus on riskikäyttäytymistä, jossa yksilö ottaa tietoisia riskejä, joissa on mahdollisuus vahingoittaa itseään. Suorassa itsetuhoisuudessa on kyse yksilön suorasta ja aktiivisesta itsensä vahingoittamisesta. (Mielenterveyden keskusliitto 2019.) Itsetuhoiseen toimintaan ja itsemurhan ehkäisyyn on tärkeä puuttua jo varhaisessa vaiheessa. (Suomen mielenterveysseura 2019.)

4.2.2 Masennuksen diagnostiikka

Masennuksen diagnostiikassa on olennaista masennusoireyhtymän toteaminen. Oireyhtymään liittyy yksittäisten lievien masennustilojen lisäksi lieviä toistuvia masennustiloja, jotka tulee erottaa lievista masennusoireista, jotka eivät yksinään täytä masennusoireyhtymän diagnostillisia kriteerejä. Erotusdiagnostillisesti masennustilat tulee erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, jossa tilat ovat sekamuotoisia. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2016). Tämän lisäksi on myös aiheellista selvittää, että masennus ei johdu somaattisista sairauksista tai potilaan päihderiippuvuudesta ja pähteiden käytöstä. (Isometsä 2017, 257).

Käypä Hoito -suosituksen (2016) mukaan masennustilojen diagnosoinnissa käytetään ICD-10 tautiluokitusjärjestelmää, jossa masennustilat jaetaan masennustiloihin F32 ja toistuvaan masennukseen F33. Jotta masennustila voidaan diagnosoida,

tulee masennuksen kriteerioireista täyttyä vähintään neljä. Oirekriteerien oirekuvat on käsitelty kappaleessa 4.2.1. ICD-10 luokituksessa masennustila voidaan lisäksi erotella lievään (4-5 kriteeriä), keskivaikeaan (6-7 kriteeriä) ja vaikeaan (8-10 kriteeriä) masennukseen. Oirekuvien lisäksi masennusta voidaan arvioida erilaisilla oirekuvamittareilla, joista tunnetuimpia ovat Hamiltonin depressioasteikko, MADRS, BDI ja PHQ-9. (Depressio: Käypä Hoito -suositus 2016.)

4.2.3 Masennuksen hoito

Masennuksen hoito alkaa lääkärin asettamasta diagnoosista. Jotta vältetään lievien masennustilojen ylihoito, on suositeltavaa, että epäselvissä tapauksissa diagnoosi varmennetaan tarvittaessa uudestaan 1-2 viikon kuluttua. Diagnoosin asettamisen jälkeen, on masennuksen hoito jaettu kolmeen vaiheeseen. (Depressio: Käypä Hoito -suositus 2016.)

Depression akuuttivaiheen hoidossa tavoitellaan potilaan oireettomuutta, jossa suljetaan elimellisistä syistä johtuvat masennustilat. Akuuttivaiheen aikana arvioidaan potilaan masennuksen vaikeusaste ja suunnitellaan hoito sen mukaan. Hoito toteutetaan mahdollisuuksien ja itsetuhoarvion mukaan tavallisesti avoterveydenhuollossa. Tarvittaessa voidaan turvautua erikoissairaanhoidon, mikäli todetaan avoterveydenhuollon riittämättömyys tai olennaisesti suurentunut itsetuhoisuuden riski. Vakavasti masentunut voidaan oman turvallisuutensa vuoksi määrätä jopa tahdosta riippumattomaan hoitoon. Hoitojakson aikana potilaan tilaa ja sen kehitystä seurataan aktiivisesti. Huomioon otetaan myös potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen. Hoitona voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia psykoterapioita, lääkehoitoa, aivojen sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoa. Tavallisesti hoito koostuu useamman hoitomuodon yhdistelmästä. (Depressio: Käypä Hoito -suositus 2016; Isometsä 2017, 281.)

Jatkohoidon tarkoituksena on jatkaa akuuttivaiheen hoidon aikana aloitettuja hoitomuotoja ja ehkäistä mahdollista sairauden uusiutumista. Potilaan tilaa seurataan avoterveydenhuollossa säännöllisesti. Lisäksi arvioidaan potilaan mahdollista ylläpitohoidon tarvetta. Ylläpitovaiheessa potilaalle aloitetaan pitkäaikainen lääkehoito, jolla pyritään ehkäisemään masennuksen uusiutuminen. Lääkehoito

aloitetaan, mikäli potilaalla on ollut jatkuvia ja toistuvia masennusjaksoja. Masennustilojen lääkehoidossa käytetään tyypillisesti trisyklisiä depressiolääkkeitä, SNRI- ja SSRI-lääkkeitä. (Depressio: Käypä Hoito -suositus 2016; Isometsä 2017, 281-284.)

4.2.4 Masennus ja metabolinen oireyhtymä

Räikkönen, Matthews ja Kuller (2002) totesivat jo vuonna 2002 valmistuneessa tutkimuksessaan yhteyden metabolisen oireyhtymän ja masennuksen välille. Tutkimuksessa todettiin, että tutkimukseen osallistuneilla naisilla, joilla oli kohonnut masennustila, stressitaso, ahdistus, jännitys ja vihan tunne, oli suurentunut riski sairastua metaboliseen oireyhtymään. Aikaisemman vakavan masennuksen sairastaneilla naisilla riski sairastua metaboliseen oireyhtymään on kaksinkertainen verrattuna naisiin, joilla ei aikaisempaa masennushistoriaa ole. (Kinder, Carnethon, Palanian, King & Fortmann 2004.) Tutkimuksissa on löydetty sairauksien välinen yhteys myös miehillä. Sairauksien välistä yhteyttä ei täten voida täysin rajata tiettyyn ikäluokkaan ja sukupuoleen. (Akbaraly, Ancelin, Jaussent, Ritchie, Barberger-Gateau, Dufouil, Kivimäki, Berr & Ritchie 2011.)

Metabolisen oireyhtymän ja masennuksen yhteyden katsotaan olevan bilateraali, sillä masennus voi aiheuttaa metabolista oireyhtymää, mutta toisaalta metabolinen oireyhtymä voi aiheuttaa myös masennusta. (Akbaraly, Kivimäki, Brunner, Chandola, Marmot, Singh-Manoux & Ferrie 2009.) Masennus voi aiheuttaa vyötärölihavuutta aktivoimalla hypotalamuksen kortisolihormonituotantoa, joka johtaa lopulta rasvakudoksen varastoitumiseen elimistössä. Lisääntynyt rasvakudos toisaalta taas kiihdyttää sytokiinin aiheuttamaa tulehdusreaktiota elimistössä. (Dunbar, Reddy, Davis-Lameloise, Philpot, Laatikainen, Kilkkinen, Bunker, Best, Vartiainen, Lo & Janus 2008.) Sytokiinit voivat esimerkiksi läpäistä aivojen veriaivoesteen ja aiheuttaa aivoissa aineenvaihdunnallisia häiriöitä ja estää välittäjäaineiden toimintaa. (Isometsä 2017, 268). On myös arvioitu, että masennuksella voi olla yhteys elimistön glukoosi-insuliinijärjestelmään ja sitä kautta insuliiniresistenssiin (Eker, Özsoy, Eker & Dogan 2017).

Masennuslääkkeet yhdistetään usein painonnousuun ja aineenvaihdintahäiriöihin. Trisyklisistä masennuslääkkeistä erityisesti mianseriinillä ja mirtatsapiinillä on todettu olevan runsas painoon vaikuttava vaikutus. (Huttunen 2017 a.) Tämän lisäksi trisykliset masennuslääkkeet voivat aiheuttaa insuliiniresistenssiä ja lipidien lisääntymistä veren seerumissa. Tämän vuoksi on tärkeää seurata veren lipidi- ja glukosiarvoja masennuslääkitystä aloitettaessa. Tarvittaessa masennuslääkkeiden ohelle voidaan harkinnanvaraisesti lisätä esimerkiksi ACE-estäjä suojaamaan potilasta korkealta verenpaineelta ja metaboliselta oireyhtymältä. (Chokka, Tancer & Yeragani 2006.)

5 POTILASOHJAUS JA OMAHOITAJUUS

Tässä opinnäytetyössä käsitellään potilasohjausta, koska tutkimustiedon mukaan potilasohjaus on tärkeä menetelmä potilaiden somaattisen sairauksien hoidossa. Kappaleessa määritetään myös omahoitajuus eli yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä, koska tutkimuksen tarkoituksena on kehittää potilasohjausta omahoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyössä käsitellään potilasohjausta pitkälti mielenterveyshäiriöiden, erityisesti skitsofrenian, näkökulmasta. Kuten jo kappaleessa 4.1.4 todettiin, skitsofreniaa sairastavilla potilailla lihavuus, metabolinen oireyhtymä sekä sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisempiä kuin muulla väestöllä. Skitsofrenian Käypä Hoito-suosituksen mukaan skitsofreniaa sairastavien potilaiden terveyskäyttäytymisen ohjannalla on ilmeisesti vaikutusta potilaiden terveyskäyttäytymiseen. Forsbergin, Björkmanin, Sandmanin ja Sandlundin (2008) toteuttamassa tutkimuksessa todettiin, että potilaille tarjottu terveyskasvatus vähensi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä verrokkiryhmään verrattuna.

Toisessa vastaavassa tutkimuksessa verrattiin diabetesta sairastavien skitsofrenioiden ja skitsoaffektiiivista mielialahäiriötä sairastavien saamaa terveyskasvatusta vertailuryhmään. Tutkimuksessa seurattiin avohoitopotilaiden saaman terveysneuvonnan vaikutusta heidän elämäänsä ja elintapoihinsa. Lisäksi tutkimuksessa verrattiin terveyskasvatuksen vaikutuksia potilaiden erilaisiin terveysparametreihin, kuten lihavuuteen, vyötärön ympärykseen, BMI:n ja metabolisiin parametreihin. Terveyskasvatusta saaneessa kontrolliryhmässä todettiin selviä positiivisia muutoksia potilaiden painossa, BMI:ssä ja diabetestietämyksessä. Molemmat edellä mainituista tutkimuksista on hyväksytty Skitsofrenian Käypä Hoito-suosituksen lähteeksi. Näytön aste on B. (Skitsofrenia: Käypä Hoito -suositus.)

5.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on vuorovaikutusta potilaan kanssa, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. (Eloranta & Virkki 2011, 13-14.) Pää tavoitteena voidaan myös pitää ohjauksen kautta tapahtuvaa potilaan omien voimavarojen onnistunutta tukemista (Redman 2011). Potilasohjaus voidaan myös nähdä olevan tiedon, taidon ja potilaan selviytymisen yhteistä rakentamista, jonka

tärkeänä elementtinä on ohjaajan ja ohjattavan tasavertainen vuoropuhelu. Pyrkimys ei siis ole ainoastaan saada ohjattavaa tiedostamaan saamaansa informaatiota vaan häntä yritetään saada oppimaan kuulemastaan ja käyttämään sitä hyväkseen omassa hoidossaan. Potilasohjaus onkin täten vahvasti linkittynyt vuoropuheluun molempien osapuolien välillä. (Eloranta & Virkki 2011, 20-21.)

Terveystieteen ammattilaisen velvollisuutena on tuoda potilaalle tietoa tämän terveydentilasta, kun taas potilaalla on velvollisuus noudattaa saamaansa tietoa oman terveydentilansa hoidosta. Potilasta yritetään saada ymmärtämään toimenpiteiden merkitystä koko hoitotyön kannalta. Potilaan neuvominen auttaa potilasta tekemään omia valintojaan hyödyntämällä ohjaajan ammattitaitoa. Tässä tilanteessa on myös olennaista ohjaajan ja ohjattavan tasa-arvoisuus. (Eloranta & Virkki 2011, 20-21.) Eloranta ja Virkki (2011) kuvaavatkin hyvin potilasohjauksen olevan eräänlaista neuvottelua yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Kaija Lipposen väitöstutkimuksessa (2014) selvitettiin onnistuneeseen potilasohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Potilasohjaukseen suoraan vaikuttavista tekijöistä eriteltiin hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, ohjauksen toteutukseen liittyvät olosuhteet ja itse ohjauksen toteuttaminen. (Lipponen 2014).

5.1.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Ohjauksen perustana ja lähtökohtana toimii hoitotyön etiikka, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä kansainväliset, että kansalliset suositukset ja ohjelmat. (Eloranta & Virkki 2011, 13-14.) Etiikan tieteenala tutkii tunnetusti olemisen perimmäisiä kysymyksiä. Hyvänä esimerkkinä on kysymys: ”Mikä on hyvää, oikeaa ja hyväksyttävää?”. Terveystieteen ammattilaiset ammattinimikkeestä huolimatta joutuvat työssään päivittäin vaikeiden eettisten kysymysten eteen. Onkin hyvä, että eri ammattikunnat ovat muodostaneet eettisistä periaatteista omille ammattikunnilleen sopivat eettiset ohjeet. (Eloranta & Virkki 2011, 12.) Hoitotyössä eettiset kysymykset pohjautuvat pitkälti potilaiden voimavarojen tukemiseen ja autonomiaan. Potilailla on myös oikeus saada totuudenmukaista tietoa omasta terveydentilastaan ja potilaalle tehtävän hoitotyön toteuttamisesta. (Leino-Kilpi & Kulju 2012.)

Kaikilla hoitotyöhön osallistuvilla onkin eettinen vastuu eettisesti kestävästä toiminnasta. Eettisesti kestävä toiminta on ajantasaiseen ja luotettavaan tietoon perustuvaa, jonka ajatellaan perustuvan tieteelliseen näyttöön ja hyväksi havaittuun käytäntöön. Hoitotyön ammattilaisten tuleekin tästä syystä jatkuvasti päivittää ammatillista osaamistaan työnantajasta riippumatta. (Eloranta & Virkki 2011, 14.) Sairaanhoidajaliiton määrittämissä eettisissä ohjeissa on maininta, että sairaanhoidajalla on velvollisuus kehittää jatkuvasti ammatillista osaamistaan. Tämän lisäksi sairaanhoidajalla on velvollisuus suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä terveyttä. (Sairaanhoidajaliitto 2014). Nämä eettiset velvollisuudet voi nähdä ulottuvan myös potilasohjaukseen. Potilailla on oikeus saada parasta ja viimeisintä tietoa oman terveytensä edistämiseen.

Laki potilaan asemista ja oikeuksista määrittelee nimensä mukaisesti potilaan oikeudet oman hoitonsa aikana. Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ilman syrjintää. Laki määrittelee, että potilasta on kohdeltava tämän ihmisarvoa loukkaamatta ja vakaumusta kunnioittaen. Potilaan tiedonsaantioikeuden mukaisesti potilaalla on myös oikeus saada tiedoksi kaikki hoidon kannalta välttämättömät asiat. Potilasohjaus on toteutettava siten, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön riittävän hyvin. (L17.8.1992/785.)

Eloranta ja Virkki (2011) esittävät teoksessaan potilasohjauksen tueksi kaksi mallia, joiden tarkoituksena on antaa ohjauksen antajille työkaluja potilasohjauksen ajankohdan ja sisällön valitsemiseen. Muutosvaihemallilla tarkoitetaan potilasohjauksen jakamista prosesseihin. Mallissa potilaat voivat olla tilanteensa mukaan eri tasoilla saamansa ohjauksen suhteen. Potilasohjauksen on tällöin mukauduttava potilaan mukaan, sillä vastaanottokyky ja motivaatio on potilaskohtaista. (Marttila 2010.) Muutosvalmiusmallin kuvataan sopivan hyvin potilaiden elintapaohjauksen. (Eloranta & Virkki 2011, 34.) Muutosvalmiusmallia käydään tarkemmin läpi kappaleessa 5.1.3. Toisena mallina Eloranta ja Virkki (2011) esittävät Suomessa Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen yhteisprojektina luodun potilasohjausmallin, jonka lähtökohtana on potilaan päivystyksellinen tulo sairaalaan ja sen vaikutus potilasohjaukseen. Tässä ohjausmallissa potilaan hoitopolku jaetaan kolmeen vaiheeseen: tulo-, osasto- ja

lähtövaiheeseen. (Eloranta & Virkki 2011, 39). Potilasohjausmallia käydään läpi tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

5.1.2 Mielenterveyshäiriöiden potilasohjaus

Potilasohjauksen tulisi olla kiinteä osa potilaan hoitotyötä. Potilaiden erilaiset elämäntilanteet ja sairauksien laaja kirjo tuo kuitenkin haasteita potilaan onnistuneelle potilasohjaukselle (Eloranta & Virkki 2011, 31). Potilasohjauksen aloituksen ajoitus on erityisesti psykiatrisessa laitoshoidossa haastavaa, sillä potilaiden vastaanottokyky hoidon alkuvaiheessa voi vaihdella. Potilasohjausmallissa potilaan sen hetkinen tilanne jaetaan kolmeen eri luokkaan: tulo-, osasto- ja lähtövaiheeseen. (Eloranta & Virkki 2011.) Kuten jo kappaleessa 4.1 todettiin, on skitsofreniaa sairastavilla potilailla sairaalaan tulovaiheessa tyypillisiä positiivisia oireita, kuten harhaluuloja ja aistiharhoja, jotka viivästyttävät potilaan ohjauksellisen hoidon aloitusta. Skitsofrenian akuuttivaiheen hoidon päämääränä onkin psykoottisten oireiden lievittäminen ja potilaan valmistelu toiminnallista kuntoutusta varten. (Suvisaari ym. 2017, 174.)

Sairaalaan tulovaihe on stressaavaa sekä potilaalle, että hänen omaisilleen. Potilaan hakeutuminen tai hoitoon määrääminen voi olla potilaalle ja potilaan omaisille enakoimaton tilanne. Tilanne voi myös olla potilaalle uusi ja pelottava. Sairastumisvaiheen potilasohjauksen tulisi aluksi keskittyä potilaiden ja tämän omaisten vastaanottoon, rauhoitteluun ja tukemiseen. Tulotilanteessa selvitetään tulosityy ja taustatiedot. Potilaan ohjaustarve tulee myös tässä vaiheessa selvittää ja tiedostaa. Potilas voi olla esimerkiksi vasta sairastunut, jolloin alkuvaiheen ohjaustarve on pidempään sairastanutta suurempi. (Eloranta & Virkki 2011, 40.)

Osastohoidon akuuttivaiheeseen liittyy olennaisesti potilaiden elämäntilanteen rajua muutos. Osastovaiheessa potilas tyypillisesti siirtyy sairauden selvitystä ja hoitoa varten sairaalan vuodeosastolle. Kilkku (2008) kuvaa väitöskirjassaan potilaiden kokevan sairastumisensa myötä erilaisia tunnetiloja, kuten, epävarmuutta, pelkoa, häpeää ja mahdollisesti syyllisyyttä. Potilaiden ja omaisten roolit voivat myös muuttua sairauden alkuvaiheen aikana. Nämä ”tunnetilojen myllerrykset” aiheuttavat potilaille lisästressiä, jonka vuoksi potilasohjauksen aloitus voi olla haastavaa.

(Kilkku 2008, 67-72.) Akuuttivaiheessa hoidon perustana on yhteistyösuhteen luominen potilaan, hoitohenkilökunnan ja potilaan omaisten välille. Hoidossa pyritään myös luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Potilasohjauksen kannalta akuuttivaiheessa tulisi keskittyä potilaan ja hänen omaistensa selviytymiseen. Potilaille ja omaisille on ominaista, että he pohtivat nykyistä tilannettaan, ja sitä että kuinka he tulevat siitä selviämään. (Suvisaari 2017, 174.) Potilaan omaisilla on usein korkeat odotukset tarjottavasta hoidosta (Kilkku 2008, 95). Ohjauksessa tulisi aluksi huomioida yksilöllisesti potilaan kognitiivinen vastaanottokyky ja tiedontarve. Potilasohjauksen tulee vastaanottotilanteen jälkeen keskittyä päivittäisiin asioihin, kuten osastohoitoon totuttelemiseen, uuteen tilanteeseen sopeutumiseen ja hoidon toteutukseen liittyvään ohjaukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 41.)

Skitsofreniapotilailla on tyypillistä, että sairauden tasaantumisvaiheen alkaessa, psykoterapeuttisten toimenpiteiden ja ohjauksen tarjoaminen keskittyy aluksi potilaan tukemiseen ja tiedon antamiseen. Liian aikaisin aloitettu psykoedukaatio ja toiminnallinen kuntouttaminen voi pahimmillaan johtaa sairauden oireiden uusiutumiseen. Potilaille ja potilaan omaisille tarjotaankin alkuun ensiksi tietoa potilaan sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. (Suvisaari 2017, 175.)

Sairauden oireiden tasaannuttua voidaan aloittaa potilaan muuttuneen elämäntilanteen selvittäminen ja potilaan toiminnallinen kuntoutus. Potilaan ohjaustarvetta arvioidaan ja sairauden oireiden lievittyessä myös potilaan omahoitovalmiudet lisääntyvät. Tällöin potilasohjauksen tavoitteena on vastuuttaa potilasta omasta hoidostaan. (Eloranta & Virkki 2011, 42; Suvisaari 2017, 175.) Skitsofrenian vakaassa vaiheessa tavoitteena on ehkäistä sairauden oireiden poissa pysyminen. (Suvisaari 2017, 175.) Potilasohjauksen kannalta ohjaustarve ja toteutus on siirtynyt enemmän koskemaan potilaan sen hetkistä nykytilaa, joka voi erota olennaisesti tulotilanteesta. Potilaan ohjaustarpeita ja -tavoitteita voidaan tällöin joutua arvioimaan uudelleen. Potilaan tiedon vastaanottokyvyn niin salliessa voidaan potilasohjaukseen tuoda uusia elementtejä ja toimintatapoja yksilökohtaisten tarpeiden mukaan. Hoidosta tulee usein myös tässä vaiheessa moniammatillisempaa. (Eloranta & Virkki 2011, 42.)

Hoidon edetessä ja hoidon muuttuessa avoimemmaksi tulisi potilasohjauksen tavoitteiden myös muuttua. Potilasohjauksen tavoitteena tulisi olla hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja potilaan selviytyminen omassa kodissa. Osastohoidon aikana käsittelemättä jääneet asiat tulisi viimeistään tässä vaiheessa käsitellä. Potilaalle tulisi myös tuoda tiedoksi oman sairautensa tuomat haasteet osaston ulkopuolella ja potilaan kanssa tulisi käydä läpi jatkohoidon toteutus. (Eloranta & Virkki 2011, 42.)

5.1.3 Elintapainterventio osana metabolisen oireyhtymän potilasohjausta

Syvänne (2018) sekä Vanhala (2010) toteavat elämäntapahoidon olevan metabolisen oireyhtymän hoidon perusta. Kuten kappaleessa 3.3 todetaan, elintapainterventiolla on suotuisia vaikutuksia metabolisen oireyhtymän hoidossa. Syvänteen (2018) mukaan tehostettu elintapoihin liittyvä interventio puolitti metabolisen oireyhtymän kriteerien täyttymisen verrokkiryhmään verrattuna. Myös vuonna 2014 valmistuneessa meta-analyysissä todettiin mielenterveyshäiriötä sairastavien potilaiden elintapainterventiolla olevan vaikutus metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin. Osa analyysissä mukana olleista tutkimuksista osoitti niillä olevan myös pitkäaikaisvaikutuksia. (Bruins, Jörg, Bruggeman, Slooff, Corpeleijin & Pijnenborg 2014). Useat Käypä hoito -suositukset, kuten lihavuuden, liikunnan sekä tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito, suosittelevat elintapaohjausta osana hyvää hoitoa (Absetz & Hankonen 2017; Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013; Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016; Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito 2018: Käypä hoito -suositus 2018).

Elintapainterventioilla tuetaan potilasta tekemään terveyteen liittyviä päätöksiä ja elintapamuutoksia. Elintapainterventio voidaan käsittää ohjauskäytäntönä, toimintamallina tai työmuotona, jolla tavoitellaan potilaan terveyden edistämistä. Se voi olla yksilöohjausta, ryhmäohjausta tai yhteisötason ohjausta. Yhteisötasoista ohjausta voidaan toteuttaa esimerkiksi kouluilla tai työpaikoilla. (Heinonen, Syvänteen, Toropainen, Nuutinen & Turku 2010, 26). Suurin osa elintapainterventioista pyrkii vaikuttamaan potilaan motivaation ja tiedostettuun tavoitteelliseen toimintaan. Vaikka interventioilla saavutetaan jonkinlaista muutosta elintapoihin, jää muutos motivaatiotekijöiden, itsesäätelykyvyn ja -resurssien, erilaisten tottumusten sekä

ympäristötekijöiden takia usein lyhytaikaiseksi. Muutoksen ylläpitäminen vaatii siten tietoista ponnistusta erilaisten kontekstien ja niiden ärsykkeiden hallitsemiseksi, joka repsahduksien kautta kuluttaa potilaan resursseja ja heikentää motivaatiota (Absetz & Hankonen 2017). Elintapainterventioiden intensiteetillä eli toteutuksen tiheydellä ja niiden kestolla on havaittu olevan yhteys niiden tehokkuuteen. Kuitenkin myös lyhytkestoisilla interventioilla on saatu jonkinlaisia tuloksia. (Ylimäki 2015, 62). Absetzin & Hankosen (2017) mukaan elämäntapainterventioilla on mahdollisuuksia vaikuttaa sekä tietoisien, pohdiskelevien että automaattisten, tiedostamattomien prosessien kautta. Jotta potilaan käyttäytymisen muutos olisi mahdollista, tulee hänellä olla tahtoa (motivaatio), riittävät taidot sekä ympäristön mahdollistama tilaisuus (Absetz & Hankonen 2017).

Tietoisien elintapamuutoksen muutosvalmiutta voidaan kuvata transteoreettisella muutosvaihemallilla, jossa muutoksen toteutuminen on prosessi ja sen eri vaiheet voidaan selvästi tunnistaa. (Prochaska & Wayne 1997; Marttila 2010). Muutosvalmiusmalli on jaettu viiteen eri vaiheeseen: esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, toiminta- ja ylläpitovaiheeseen (Eloranta & Virkki 2011, 34). Potilas saattaa olla eri käyttäytymismuotojen osalta eri muutosvaiheissa, esimerkiksi hän saattaa olla valmis lisäämään liikuntaa, mutta ei vielä lopettamaan tupakointia. Muutosvaiheita tunnistamalla voidaan tukea potilasohjausta sekä eri vaiheissa olevat potilaat hyötyvät erilaisesta ohjauksesta. Muutosvaiheprosessi ei läheskään aina etene vaiheiden perättäisenä jatkumona, vaan potilas saattaa kulkea vaiheiden välillä edestakaisin. Kuitenkaan siirtyminen aikaisempaan vaiheeseen ei aina tarkoita repsahdusta, vaan sillä voidaan hakea toimivampaa muutoksen toteuttamistapaa. (Marttila 2010). Muutosvaihemallin lisäksi käyttäytymisen muuttamisen teorioita ovat muun muassa kognitiivis-behavioraalinen terapia, sosiaalis-kognitiivinen teoria, tavoitteellinen malli sekä itsemääräytymisteoria, joita ei tulla tässä tutkimuksessa käymään tarkemmin läpi (Absetz & Hankonen 2011).

Motivoiva haastattelu on potilaskeskeinen potilasohjausmalli, jolla pyritään tukemaan ja vahvistamaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen (Järvinen 2014). Motivoivan haastattelun menetelmän käyttämistä suositellaan esimerkiksi Lihavuuden Käypä hoito- suosituksessa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013).

Sen avulla saadaan pienellä ajallisella investoinnilla pitkäaikaisia vaikutuksia elämäntapojen suhteen ja sen vaikuttavuus on todettu useissa eri meta-analyysseissä (Absetz & Hankonen 2011). Motivoivassa haastattelussa selvitetään potilaan omia arvoja, muutoshalukkuutta, tavoitteita ja niiden merkitystä potilaalle sekä potilaan resursseja muutokseen. Keskeistä motivoivassa haastattelussa on potilaan itseluottamuksen ja kykyjen vahvistaminen, empatian osoittaminen keskustelun aikana, ristiriidan herättäminen nykyisen ja tavoiteltavan tilan välille sekä väittelyn välttäminen ja potilaan vastarinnan myötäily. Motivoivaa haastattelua toteutetaan esittämällä avoimia kysymyksiä, joilla pyritään saamaan potilas aktiivisesti ajattelemaan. Potilas kuunnellaan reflektoiden, jolla viestitään, että potilasta häntä todella kuunnellaan. Tätä vahvistetaan tekemällä lyhyitä yhteenvetoja potilaan kertomasta, jolloin myös potilas pystyy halutessaan korjaamaan kertomaansa. (Järvinen 2014). Potilas pystyy itsearviomaan muutokseen liittyviä hyötyjä sekä haittoja ilman asiantuntijan tuomitsevaa asennetta. Menetelmän on arvioitu sopivan sekä helposti ohjausta vastaanottaville potilaille, että vaikeasti vastaanottaville, eikä se edellytä muutosvalmiutta potilaalta (Absetz & Hankonen 2011).

5.2 Omahoitajuus

Omahoitajuus on tavanomaisesti yhdistetty käsitteeseen yksilövastuinen hoitotyö (Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991, 6; Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 146). Yksilövastuinen hoitotyö kuvastaa käsitteenä hoitajan ja potilaan kohtaamista tasavertaisina yksilöinä. Tätä vuorovaikutussuhdetta pidetään vastavuoroisena, jatkuvana sekä ainutlaatuisena. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu potilaskeskeisyys, jossa lähtökohtana ovat potilas, hänen terveydelliset ongelmansa ja inhimilliset kokonaistarpeensa. Potilaan hoitoa suunnitellaan sekä toteutetaan yksilöllisesti potilaan omat toiveet huomioon ottaen. Potilas nähdään aktiivisena toimijana sekä kykenevänä ottamaan osaa omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Tämän lisäksi yksilöllisessä hoitotyössä korostuvat kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, inhimillisyys, jatkuvuus sekä turvallisuus. (Luotolinna-Lybeck ym. 1991, 4-6.)

Yksilövastuisen hoitotyön käsitteellä voidaan myös tarkoittaa hoitotyössä tapahtuvaa työnjakomallia, jossa omahoitajan tehtäviksi on ennalta sovittu työalueet tietyn potilaan hoidossa (Virtanen 2002, 24). Nimetty omahoitaja kantaa vastuun potilaan hoidosta sekä sen koordinoinnista koko hoitojakson ajan (Haapala & Hyvönen 2002, 39). Omahoitaja laatii yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa hoitosuunnitelman ja toteuttaa sen pohjalta hoitotyötä. Hoitosuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa ja muutoksista tiedotetaan myös muita työryhmässä. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet, toiveet, odotukset ja huomioidaan toiminta- sekä päätöksentekokyky. (Laaksonen & Ollila 2017, 50).

Yksilövastuisen hoitotyön vastakohtana voidaan pitää tehtäväkeskeistä työnjakomallia, jolla on erilainen hoitotyön toimintafilosofia (Virtanen 2002, 24.). Tehtäväkeskeiseen työnjakomalliin verrattuna, yksilövastuinen hoitotyö lisää hoitajien vastuuta potilaasta huomattavasti (Laaksonen & Ollila 2017, 50). Yksilövastuinen hoitotyön malli onkin kehitetty vastaamaan juuri tehtäväkeskeisen työnjakomallin ongelmiin, joita ovat vastuunoton puute, ongelmat kommunikaatiossa sekä hoidon pirstaloituminen yksittäisiin tehtäviin (Hjerpe 2008, 3). Asiayhteydestä riippuen, yksilövastuisen hoitotyön käsitteeseen liittyy erilaisia merkityksiä (Virtanen 2002, 24).

Yksilövastuisessa hoitotyössä voidaan korostaa myös yhteistyösuhdetta (Virtanen 2002, 23, 27). Munnukka (1993) määrittää yhteistyösuhteen potilaan ja hoitajan yhdenvertaisena suhteena, jossa molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämiseksi. Potilas nähdään elävän ainutlaatuista elämäntilannetta ja omahoitoja pyrkii antamaan potilaalle käyttöön oman henkilökohtaisen ammatillisuutensa (Munnukka 1993, 99). Kun yhteistyötä korostetaan, ohjautuu hoitotyön näkökulma kohti dialogia, jossa kummankaan ei tule käyttää valtaa toiseen, mutta molemmat pyrkivät vaikuttamaan kuitenkin toisiinsa (Virtanen 2002, 27).

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa käydään läpi tutkimusmenetelmää, tiedonkeruuprosessia sekä aineiston analyysiä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla Vanhan Vaasan sairaalassa työskenteleviä diabetesvastaavia ja koko sairaalan diabeteshoitajaa keväällä 2019. Tässä luvussa havainnollistetaan tutkimuksen lähtökohtaa, lähestymistapaa, aineistonkeruumenetelmää ja tutkimusaineiston analyysiprosessia.

6.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkittava ilmiö ja se mitä siitä halutaan tietää, ovat keskeisin tekijä määrittämään tutkimusta. Ne määrittävät millaisia menetelmiä käyttäen tutkija saa parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiinsä. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 54). Tutkimus päädyttiin toteuttamaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, koska tutkittavaa ilmiötä haluttiin käsitteellistää. Tutkijat halusivat muodostaa ilmiöstä kuvaavan kokonaisuuden ja lisätä ymmärrystään tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 74). Ennen tutkimusta, tutkijat arvioivat yhdessä, ettei kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella tähän lopputulokseen päästäisi. Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin silloin, kun tutkittavaan ilmiöön halutaan saada uusia näkökulmia tai ymmärtää ilmiötä paremmin (Kankkunen & Vehviläinen, 66).

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui harkinnanvaraisena otantana Vanhan Vaasan sairaalan eri osastojen viisi diabetesvastaavaa ja koko sairaalan diabeteshoitaja. Ammattinimikkeiltään haastateltavat olivat sairaanhoitajia. Tutkijoiden näkemänä osastojen diabetesvastaavilla oli tutkittavasta ilmiöstä parhain käsitys. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että haastateltavilla on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Diabetesvastaavat valittiin tutkimusjoukosta harkinnanvaraisena näytteenä, jossa tutkijat päättävät haastatteluun kutsuttavat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Haastateltavat valittiin siten, että vastaanotto-, kuntoutus- sekä avo-osastot olisivat edustettuina. Tällöin tutkimukseen saatiin tietoa laajasti koko hoitoprosessista ja sen vaikutuksista tutkittavaan ilmiöön. Tämän lisäksi haastateltavaksi haluttiin mukaan myös

diabetesvastaava naistenosastolta, jotta saataisiin tietoa, onko sukupuolella merkitystä ja vaikuttaako se potilasohjaukseen. Haastateltavien valinnasta keskusteltiin sairaalan ylihoitajien kanssa, jonka myötä tutkijat saivat vapauden valita haastattelutavat.

Haastateltaville lähetettiin kutsukirje sekä teemahaastattelurunko sähköpostitse sekä suomen-, että ruotsinkielellä. Etukäteen tutkijat olivat pohtineet, että haastateluihin kutsuttaisiin kuusi diabetesvastaavaa, jolla ajateltiin päästävän aineiston kylläntymispisteeseen. Aineiston kylläntymisellä eli saturaatiolla tarkoitetaan sitä, että aineisto alkaa toistamaan itseään, eikä tutkimusongelman kannalta synny enää uutta tietoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 182).

6.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna, jossa haastateltiin yksilöhaastatteluna Vanhan Vaasan sairaalan osastojen diabetesvastaavia ja koko sairaalan diabeteshoitajaa. Teemahaastattelun runko on kuvattu liitteessä 4. Haastattelumenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu teemahaastattelu. Kyseisessä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään metabolisen oireyhtymän potilasohjauksen nykytilaa ja mahdollisia kehityskohteita. Tämän vuoksi tutkittavasta ilmiöstä tarvittiin sekä keskenään vertailukelpoista materiaalia että kehitystyötä varten saatavaa uutta tietoa. Teemahaastattelun tarkoituksena oli löytää tutkimuksen kannalta merkitykselliset vastaukset ongelmanasettelun ja tutkimuksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastattelun aihepiirit eli teemat ovat puolistrukturoidussa haastattelussa haastateltavilla etukäteen tiedossa, mutta kysymyksiä ei ole etukäteen tarkkaan muotoiltu (Hirsjärvi ym. 2013, 208). Tutkimusongelmat ja teemahaastattelurunko luotiin tutkimusta varten luodun teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teemahaastattelun etuna on, että ennalta luotuihin teemoihin ja kysymyksiin voidaan lisätä täydentäviä kysymyksiä, jolloin tutkittavasta kohteesta saadaan enemmän tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125). Strukturoitu lomakehaastattelu olisi rajannut tutkittavaa ilmiötä liian paljon, jolloin kysymysasettelun ulkopuolelle olisi saattanut jäädä jotain tutkimuksen kannalta oleellista. Avoimessa haastattelussa taas haastateltavan ehdot määrittävät haastattelua, jolloin tutkimusongelmiin ei olisi

välttämättä saatu vastausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126). Haastattelut päätettiin toteuttaa yksilöhaastatteluina aikataulullisten syiden vuoksi.

Haastatteluun kutsuttaessa painotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta. Tutkijat saivat luvan sairaalan johtavalta ylihoitajalta suorittaa haastattelut tutkimukseen osallistuneiden työajalla sairaalan tiloissa. Haastattelut suoritettiin osastojen vierashuoneissa ja haastattelujen kesto vaihteli 20-30 minuutin välillä. Haastattelussa käytettiin teemahaastattelurunkoa ohjaamaan haastattelun kulua. Tutkimukseen osallistuneet olivat etukäteen saaneet tutustua teemahaastattelurunkoon. Tutkijat esittivät haastattelun aikana teemakysymysten lisäksi tarkentavia kysymyksiä siten, että tutkittavasta ilmiöstä saatiin mahdollisimman laaja ja kattava kuva. Haastattelussa käytettiin apuvälineenä nauhuria, jonka tutkijat olivat itse hankkineet tutkimusta varten. Kutsukirjeessä kerrottiin nauhurin käytöstä ja ennen haastattelun alkua vielä varmistettiin, että haastattelun nauhoittaminen sopi tutkimukseen osallistuneille. Haastatteluihin osallistuneille painotettiin, että nauhoitukset tullessaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi nauhurilta tekstitiedostoksi. Haastatteluaineisto siirrettiin saman päivän aikana tietokoneelle litterointia varten ja nauhoitettu aineisto poistettiin nauhurista. Tutkijat pitivät huolen, että nauhoitettuun aineistoon oli pääsy vain tutkijoilla itsellään. Nauhoitukset litteroitiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jolloin haastattelut olivat vielä tutkijoiden tuoreessa muistissa. Äänenpainotuksia, -sävyjä, ilmeitä ja eleitä ei huomioitu litteroinnissa, sillä tutkijat kokivat, että se ei ollut tutkimuksen kannalta oleellista.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi

Litteroidun haastatteluaineiston käsittely jatkui sisällönanalyysimenetelmän valinnalla. Sisällönanalyysimenetelmäksi valikoitui induktiivinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi, sillä analyysissä aineistosta pyrittiin luomaan uusi teoreettinen kokonaisuus, joka on yksi induktiivisen sisällönanalyysimenetelmän tunnuspiirre (Tuomi & Sarajarvi 2013, 96). Tutkimuksessa ei ollut tarkoituksena vahvistaa tiettyä teoriaa, jonka vuoksi deduktiivista sisällönanalyysiä ei tässä tutkimuksessa

voitu käyttää. Tutkimustulosten kategoriat johdettiin haastatteluaineistosta tutkimusongelmien mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Induktiivisen sisällönanalyysiin liittyy valmisteluvaihe, johon liittyy analyysiyksikön valinta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Analyysiyksikkö voi koostua yhdestä sanasta, lauseesta tai teemasta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin aineistosta saatavat lauseet ja teemat.

Aineistoa lähdettiin analysoimaan Milesin ja Hubermanin (1994) aineistoanalyysimallin mukaisesti. Kyseinen malli koostuu aineiston pelkistämisestä, ala- ja yläkategorioiden luomisesta ja yhdistävien tekijöiden määrittelystä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101). Aineistoa lähdettiin analysoimaan pelkistämällä eli redusoimalla aineistosta tutkimusongelman ja teeman mukaisia alkuperäisiä ilmauksia pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Pelkistettyjen ilmausten tehtävänä on karsia epäolennaiset asiat pois, tiivistää informaatiota ja pilkkoa aineistoa haluttuihin osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Litteroitu aineisto käytiin läpi teemoittain siten, että koko aineisto käytiin jokaisen teeman kohdalla yksilöllisesti kokonaan läpi. Liitteessä 2 on esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten luomisesta.

Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa käytiin läpi tarkasti aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, jotka olivat samankaltaisia, ryhmiteltiin ja niistä muodostettiin luokkia, jotka nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittely loi pohjan tutkimustuloksen perusrakenteelle ja antoi alustavia kuvauksia tutkittavasta kohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Liitteessä 2 kuvataan aineisto ryhmitteilyä esimerkkien avulla.

Sisällönanalyysiä jatkettiin abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä, jossa erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatkettiin niin kauan, kuin se oli mahdollista aineiston sisällön kannalta. Näin saatiin muodostettua käsitejärjestelmä empiirisestä aineistosta, joka antaa käsitteellinen näkemyksen tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111-113). Liitteessä 2 kuvataan aineiston abstrahointia esimerkein.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esitetään tämän tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen haastattelun pohjalta tehdystä induktiivisesta sisällönanalyysistä muodostui jokaisesta teemasta alaja yläluokkia, joista muodostettiin lopulta pääluokkia. Pääluokkien avulla tulokset johdettiin vastaamaan teemahaastattelujen teemoihin. Lopuksi teemavastaukset analysoitiin ja ne liitettiin vastaamaan ennalta luotuihin tutkimusongelmiin. Tässä osiossa tutkimuksen tulokset käydään läpi tutkimusongelmittain. Tekstin elävöittämiseksi ja tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi, mukaan on otettu alkupe räisiä ilmauksia aineistosta.

7.1 Omahoitajien kokemat ongelmat elintapaohjauksessa

Haasteet potilasohjauksen toteuttamisessa voidaan jakaa analysoitujen haastattelujen perusteella potilaista riippuviin tekijöihin, hoitotyön toteuttamiseen liittyviin tekijöihin sekä lainsäädännöllisiin ja eettisiin tekijöihin. Tässä osiossa käydään läpi hoitotyön toteutukseen liittyviä haasteita, jotka koettiin esteenä onnistuneen potilasohjauksen toteutumiselle.

Potilasohjauksen toteutumisessa nähtiin osastokohtaisia eroja. Osa haastateltavista näki kuntoutusosastoilla tapahtuvan ohjaamisen enemmän osallistavana ja aktiivisempänä, kun taas vastaanotto-osastoilla tapahtui enemmän yleistä ohjausta.

” Okei, mun kokemus siitä on se, että siinä on osastokohtaisia eroja eli jossakin tähän panostetaan enemmän ja jossain vähä vähemmän ”.

Elintapaohjausta toteutetaan potilaiden tehdessä ostoksia sairaalan kanttiinista. Herkutteluun liittyen potilaiden kanssa on saatettu tehdä erilaisia potilaskohtaisia yhteisiä sopimuksia. Osa potilaista kuvattiin lähtevän innokkaasti sopimaan herkuttelusta, jotta herkuttelu saadaan pysymään kohtuuden rajoissa. Läheskään kaikki eivät kuitenkaan ole tähän suostuvaisia. Potilaskohtaisten sopimusten kuvattiin olevan sekä voimavarana potilaille, että kuormittavana tekijä psyykkiselle voinnille, kun sopimuksissa pysyminen ei onnistu. Osa haastateltavista koki myös haasteena pysyä tietoisena, mitä kunkin potilaan kanssa on sovittu herkuttelemisesta.

”No he monesti hyvin innokkaasti lähtee mukaan näihin sopimuksiin, mutta siihen vaikuttaa kun nää voinnit vaihtelee potilailla.”

Omahoitajien toteuttama potilasohjaus nähtiin omahoitajan motivaatiosta riippuvaisena. Omahoitajan rooli potilasohjauksen toteutumisessa nähtiin merkittävänä ja omahoitajien motivaatiossa toteuttaa potilasohjausta nähtiin vaihtelevuutta. Osa haastateltavista koki joillain omahoitajilla olevan epävarmuutta toteuttaa elintapaohjausta. Tämän taas koettiin vaikuttavan omahoitajien aktiivisuuteen toteuttaa ohjausta. Elintapaohjauksen koettiin jäävän vähemmälle, kun pääpaino on psyykkisten sairauksien hoidossa. Osa haastateltavista koki siten metabolisen oireyhtymän jäävän vähemmälle huomiolle hoitosuhteessa.

” Mä nään sekä että, osa on kiinnostuneita ja sitten ja osa kiinnostuneita, mutta ei tee sitä koska semmonen, niillä on semmosta epävarmuutta.”

Haastateltavat kokivat myös jonkin verran haasteita työn organisoinnissa. Osa haastateltavista koki, että potilasohjauksessa ei ole selkeää työnjakoa mitä kenenkin vastuulle kuuluu. Myös diabetesvastaavien ja omahoitajien MBO-ohjauksen vastuualueissa ja työnjaossa nähtiin epäselvyyksiä. Haastateltavat kokivat myös, ettei potilasohjauksessa aina ollut selkeää linjaa, jonka puitteissa kaikki hoitajat toimisivat. Myös informaation kulussa nähtiin ajoittain haasteita. Haasteena koettiin, ettei potilasohjaus ole riittävän kohdennettua sitä tarvitseville.

” Mut siitä ei oo niinku mun käsittääkseni mitään selkeitä työnjakoa et kuka tekee ja mitä ”

Haastateltavat kuvasivat useita potilaisiin itseensä liittyviä tekijöitä, jotka vaikeuttavat potilasohjauksen toteuttamista. Haastateltavat kokivat, että oikeuspsykiatristen potilaiden ohjaus on haastavaa, sillä potilaat ottavat ohjausta vastaan heikosti. Haastateltavat kuitenkin näkivät, että potilailla on yksilökohtaisia eroja. Osa potilaista pystyy jo hoidon alkuvaiheessa ottamaan vastaan saamaansa elintapaohjausta.

Potilaiden psyykkinen vointi voi olla erityisesti hoidon alkuvaiheessa heikko, jonka vuoksi he eivät kykene vastaanottamaan ohjausta samalla tavalla kuin hyvässä

hoitotasapainossa oleva potilas. Potilailla kuvattiin myös olevan huono tietotaito omista somaattisista sairauksistaan ja heikentynyt kyky toteuttaa niiden omaehtoista hoitoa. Myös psyykkisen voinnin parantamiseen tarkoitetuilla psykiatrisilla hoitoilla on oma vaikutuksensa. Huonon psyykkisen voinnin vuoksi potilaan hoitosuhteessa pureudutaan ensisijaisesti potilaan psyykkisen voinnin parantamiseen. Tällöin potilaan somaattisen tilan potilasohjaus sekä hoito ei ole ensisijaista, ja on vaarana, että MBO-potilasohjaus jää kokonaan käymättä läpi.

” No kyllä se menee niin, että se psykoosisairauden hoitotasapaino on ensisijainen hoidettava asia.”

No haastaneita tietysti siinä mielessä, että sairaus tietysti niinku on yks suurin syy, joka tekee, että potilas ei kykene, ei oo voimavaroja lähtee niinku tätä fyysistä puolta, koska tää psyykinen puoli vie niin paljon energiaa ja voimia.”

Potilaiden motivaatiota elintapaohjaukseen kuvattiin vähäiseksi. Toki potilailla ilmenee yksilökohtaisia eroja, mutta pääsääntöisesti haastateltavat kuvasivat potilaiden motivaatiota omaan hoitoonsa ja elintapaohjaukseen heikoksi. MBO-potilaat myös liikkuvat vähän ja heidän ruokailutottumuksensa ovat heikentyneet. Haastatteluista kävi ilmi, että erityisesti naispotilaat jättävät ruokailuja välistä ja korvaavat sairaalan tarjoaman ruuan erilaisilla herkuilla. Naispotilailla myös mielialojen vaihtelut vaikuttavat elintapojen heikentymiseen korostuvasti. Osan potilaiden elämäntyyliä kuvattiin haastatteluissa mukavuudenhaluiseksi ja potilaiden taipumusta täyttää mielihalujaan herkuttelulla nähtiin yleisenä.

” Että kyllä se aika monella, jos ajatellaan elämän kulmionäköpisteitä täällä, se on tupakka, ruokailu ja nukkuminen.”

Potilaiden vähäiseen liikuntamäärään erityisesti hoidon alkuvaiheessa vaikuttaa oikeuspsykiatriseen hoitoon tyypillinen suljettu osastohoito, jossa potilaiden itsenäistä liikkumista on rajoitettu heidän ja muiden ihmisten turvallisuuden vuoksi. Haastateltavat kokivat, että erityisesti hoidon alkuvaiheessa potilaiden liikkumisoikeuden rajoittaminen passivoi potilaita ja vähentää liikunnan harjoittamista. Hoidon siirtyessä avoimempaan hoitomuotoon myös potilaiden aktiivisuus lisääntyy.

Haastateltavat kokivat toisaalta, että potilaan vapauksien lisääntyessä myös epäterveellisten elintarvikkeiden kulutus kasvoi. Suljetussa osastohoidossa potilaiden epäterveelliset elämäntavat ja ruokailutottumukset nähtiin yleisinä.

” Kaikillahan ei ole mahdollisuuksia lähteä täältä mihinkään, että se on sitten hyvin vähäistä se liikunta jos ne on vaan täällä osastolla vaan.”

Haastateltavien mukaan potilaiden lisääntyneet oikeudet oman hoitonsa suhteen toivat vaikeuksia terveellisiin elintapoihin tähtäävän hoitotyön toteuttamiseen. Potilailla on itsemääräämisoikeuteen perustuen vapaus syödä haluamaansa ruokaa ja itse hankkimiaan elintarvikkeita rajoituksetta. Hoitohenkilökunnan keinot rajoittaa potilaiden liikasyömistä nähtiin vähäisinä, ellei jopa olemattomina. Potilasohjaus perustuu siten potilaan oman tahdon kunnioittamiseen sekä yhteisiin sopimuksiin.

” Vaikka kuinka hyvin ohjattaisiin niin kuitenkin me ei voida sitä elämää elää heidän puolestaan tai tehdä niitä valintoja heidän puolesta niinku ei tietenkään missään muuallakaan”

” jos potilas haluaa, vaikka on diabetes ja hän haluaa syödä, hän saa syödä pahimmallaan jopa ittensä hengiltä”

Sairaalan yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriötyypeistä on skitsofrenia, joka tuo omat haasteensa potilasohjaukseen. Skitsofreenikoilla ilmenee haastateltavien mukaan sairautentunnottomuutta, päihderiippuvuutta ja heikentyneitä kognitiivisia kykyjä. Osalla potilaista kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt niin paljon, että he eivät kykene kunnolla vastaanottamaan potilasohjausta. Osalla taas tiedon ja ohjauksen vastaanottokyky on riittävää, mutta he eivät vain ole motivoituneita hoitamaan omia elintapasairauksiaan tai ennaltaehkäisemään niitä. Erityisesti hoidon alkuvaiheessa potilasohjaus on haastavaa potilaan sairauden akuuttivaiheen vuoksi.

Skitsofreniaa sairastaville on tyypillistä, että potilaat kärsivät sairauden negatiivisista oireista, jotka taas heikentävät potilaiden kykyä ottaa vastaanottaa potilasohjausta. Monella potilaalla on myös taustalla pitkäaikaista päihteidenkäyttöä. Sairauden aiheuttama psykoottisuus myös vaikeuttaa ohjauksen toteuttamista. Potilaat eivät myöskään sitoudu omaan hoitoonsa, joko sairautentunnottomuuden tai

motivaationpuutteen vuoksi. Monen potilaan psyykkinen tila voi hoidon alkuvaiheessa olla niin huono, ettei hänellä ei ole edellytyksiä ottaa vastaan elintapaohjausta. Psykoosisairaudet aiheuttavat negatiivisten oireiden lisäksi erilaisia positiivisia oireita, jotka voivat näkyä potilaiden käytöksessä ja ohjauksen vastaanottamisessa. Potilailla voi olla esimerkiksi erilaisia harhaluuloja ruokaa kohtaan.

”psykoosi on hyvin pinnalla se saattaa ohjata, on potilaita, jotka niinku kuvittelee ruuasta monen moista, asioita”

Skitsofrenian lisäksi masennuksella on oma merkityksensä potilasohjaukseen vaikuttavista tekijöistä. Potilaiden masennusoireet ilmenivät haastateltavien mukaan passivoitumisena liikuntaa kohtaan ja herkkujen liikasyömisenä. Potilaat, joilla on vakavia masennusoireita eivät välttämättä kykene liikuntaan.

”On esimerkiksi niin masentunut, että ei kykene liikuntaan. Syö ja syö vaan mutta ei kykene lähtemään mihinkään.

Haastateltavat kokivat potilaiden saaman psyykelääkityksen yhdeksi haasteeksi potilaiden metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden suhteen. Psyykelääkkeenä käytetyillä neurolepteillä on yleisesti ottaen ruokahalua lisäävä ja metaboliaa hidastava vaikutus.

”Useat skitsofrenian hoidossa käytetyt neuroleptilääkkeet esimerkiksi olantsapiini vaikuttaa esimerkiksi aineenvaihduntaan hidastaen sitä ja se sen lisäksi vaikuttaa ruokahuun, että ruokahalu kasvaa. ”

7.2 Metabolisen oireyhtymän kehittymisen ehkäiseminen pitkäaikaisessa oireuspsykiatrisessa hoidossa

Metabolista oireyhtymää sairastavia potilaita seurataan Vanhan Vaasan sairaalassa kuukausittain fysiologisin mittauksin ja laboratoriokokein. Kun mittaustulokset ylittävät metabolisen oireyhtymän kriteerit, ne lähetään kootusti koko sairaalan diabeteshoitajalle, joka vie tiedot eteenpäin osastojen diabetesvastaaville. Omahoitajat toteuttavat potilasohjausta hoitosuhdetyöskentelynä omahoitajakeskusteluissa sekä arkipäiväisissä tilanteissa esimerkiksi potilaiden ruokaillessa tai kanttiiniostoksia tehdessä.

” Yleensä siinä omahoitajakeskustelussa et jutellaan potilaan kanssa tota niin niin et mihinkä seikkoihin kannattaa niinku tota kiinnittää huomiota ”

Analysoidun aineiston mukaan Vanhan Vaasan sairaalassa toteutettavan metabolisen oireyhtymän potilasohjaukseen vaikuttaa moni tekijä. Potilasohjauksen toteutuminen on riippuvaista moniammatillisesta yhteistyöstä eri ammattikuntien kesken. Moniammatilliseen yhteistyöhön ottavat osaa lääkärit, hoitohenkilökunta, liikunnanohjaajat ja sairaalan keittiöhenkilökunta. Potilailla on tarvittaessa mahdollisuus saada potilasohjausta edellä mainituilta tahoilta.

Haastateltavat kertoivat, että sairaalalla on oma diabeteshoitaja, joka toimii muutama päivä kuukaudessa diabeteshoitajan roolissa. Diabeteshoitajan tehtäviin kuuluu yhdessä diabeteslääkärin kanssa vastata sairaalan diabetes- sekä MBO-potilaiden hoidosta. Diabeteshoitaja tapaa metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttäneitä potilaita ja toteuttaa heille terveysneuvontaa, suunnittelee ja ylläpitää yhdessä sairaalan diabeteslääkärin kanssa ohjausmateriaalia omahoitajille sekä järjestää koulutusta sairaalan diabetesvastaaville ja omahoitajille esimerkiksi osastojen koulutuspäivillä. Diabeteshoitajan tehtäviin kuuluu myös diabetesvastaavien tukeminen sekä potilaiden MBO-esiintyvyyden kartoittaminen.

Osastoilla on yleensä ainakin kaksi nimettyä diabetesvastaavaa, joiden vastuualueelle myös MBO-potilaiden ohjaaminen ja seuranta kuuluu. Haastateltavien mukaan diabetesvastaavat tukevat omahoitajia potilasohjauksessa, jakavat tietoa

omahoitajille ja potilaille sekä toteuttavat potilasohjausta. Osa haastateltavista koki, että osastoilla elintapaohjauksen toteuttaminen jää liian paljon diabetesvastaavien vastuulle.

”Diabetesvastaavien rooli on ohjata, opastaa, muistuttaa. Ei tehdä puolesta. Mutta, aika monella osastolla menee niin, että diabetesvastaavan vastuullehan se joutuu”

Osana moniammatillista työryhmää toimii myös sairaalan diabeteslääkäri sekä potilasta hoitava osastonlääkäri. Lääkärien tehtäviin kuului haastateltavien mukaan diagnoosin asettaminen potilaille, sen merkityksestä keskusteleminen, elintapaohjauksen toteuttaminen, hoitajien muistuttaminen elintapaohjauksesta, lääkityksen aloittaminen ja niiden haittavaikutuksista keskusteleminen potilaan kanssa sekä tarvittavien muutosten tekeminen potilaiden MBO:n kuukausiseurantaan. Lääkärien rooli koettiin tärkeänä osana MBO-potilaiden hoitoa ja haastateltavat kokivat lääkärin olevan tärkeässä asemassa potilaiden elintavoista ohjattaessa. MBO-potilaiden ohjaus koettiin kuitenkin olevan jonkin verran lääkäririippuvaista. Haastateltavat toivoivat osan lääkäreistä antavan enemmän tukea MBO-potilaiden ohjaukseen.

Haastateltavien mukaan sairaalassa toimii kaksi liikunnanohjaajaa, jotka järjestävät erilaisia liikuntaryhmiä sairaalan potilaille. Liikuntaryhmät saattavat harrastaa esimerkiksi ryhmäkävelyä sairaala-alueen ulkopuolella, salibandya, jalkapalloa, jääkiekkoa tai uintia. Liikunnanohjaajat toteuttavat myös elintapaohjausta osastoilla sitä tarvitseville potilaille. Liikunnanohjausta on myös viime aikoina tehostettu järjestämällä liikuntaryhmiä, joissa on liikunnan lisäksi annettu elintapaohjausta liikunnan näkökulmasta potilaille. Liikuntaryhmät koettiin monipuolisiksi ja liikunnan tarjonta koettiin riittäväksi haastateltavien mukaan. Liikunnanohjaajien rooli koettiin tärkeäksi osaksi MBO-potilaiden hoitoa. Suurin osa haastateltavista ei kokenut, että liikuntaryhmiä tulisi järjestää lisää, vaan haasteena nähtiin potilaiden halu osallistua ryhmiin. Sairaalan keittiö nähtiin myös osana moniammatillista toimintaa. Keittiön ravitsemustyöntekijä onkin käynyt keskustelemassa osastoilla ravitsemuksesta ja sen merkityksestä terveyteen.

”Tietyissä tapauksissa sitten me käytetään sitten ulkopuolistakin, eli liikunnan ohjaajaa tai sitten sairaalan diabeteshoitaja, joka tulee sitten ulkopuolisena keskuslemaan, jolla sitten saa ihan erilaisen kuvan”

7.3 Metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajahoitajajoukon kehittäminen

Tässä alaluvussa käydään läpi haastateltavien esittämiä kehitysehdotuksia MBO-ohjaukseen. Analysoitujen haastattelujen perusteella kehittämis ehdotukset voidaan jakaa karkeasti hoitotyön kehittämis ehdotuksiin, moniammatillisen työhön liittyviin ehdotuksiin, toimintakulttuuriin liittyviin ehdotuksiin, ammatilliseen osaamiseen sekä työn organisointiin liittyviin ehdotuksiin sekä lainsäädännön rajoituksiin liittyviin ehdotuksiin.

Henkilökunnan ammatillinen osaaminen liittyen MBO-hoitoon ja annettavaan elintapaohjaukseen nähtiin olevan perustasoa ja riittävää toteuttamaan potilasohjausta. Osalla omahoitajista kuitenkin koettiin olevan epävarmuutta toteuttaa elintapaohjausta ja tämän nähtiin vaikuttavan omahoitajien toteuttaman elintapaohjauksen aktiivisuuteen. Haastateltavat näkivät kuitenkin, että sairaanhoitajilla, lähihoitajilla sekä mielisairaanhoitajilla tulisi kuitenkin olla jonkinlaisia ammatillisia perusvalmiuksia toteuttaa elintapaohjausta. Omahoitajille on järjestetty koulutusta osastojen koulutuspäivinä. Diabetesvastaavia on osallistunut sairaalan ulkopuolisiin koulutuksiin. Naistenosastolla hoitajia on ollut mukana syömishäiriökoulutuksissa ja hoitajia on myös koulutettu elämäntapaohjaukseen soveltuvan motivoivan haastattelun käyttöön. Hoitajilla on käytössä diabeteshoitajan tekemä hoidonohjauskansio, joka sisältää tietoa potilasohjauksesta diabetespotilaille. Haastateltavat näkivät, että tiedon hankinta on helppoa internetistä, jolloin sen hankkiminen on hoitajan omasta motivaatiosta riippuvaista.

” Kaikilla ei oo sitä taitoa tai tietoa sitten kuinka ohjata”

Potilasohjausta tulisi tehostaa haastateltavien mukaan hoidon alkuvaiheessa. Haastateltavat näkivät, että terveellisistä elämäntavoista tulisi puhua jo vastaanotto-osastoilla, jotta elintapa-asioista puhuminen olisi mukana hoidon alusta alkaen.

Haastateltavat myös näkivät, että MBO:n aiheuttamista terveysriskeistä tulisi puhua enemmän ja korostaa potilaiden itsehoidon osuutta. Potilaita tulisi kannustaa ja motivoida enemmän hyvänolon tunteen lisäämiseksi. Terveellisten elämäntapojen omaksuminen koettiin myös tärkeänä.

” Mä aattelin että se tosiaan tulis siellä jo ihan alkupäässä mukaan, se ois niinku yks että kun puhutaan hygieniasta niin silloin myös ruokavalioista ja sen merkityksestä.”

Elintapaohjaus tulisi olla enemmän mukana arjessa ja ravitsemuksesta tulisi keskustella enemmän. Elintapaohjauksen tulisi haastateltavien mukaan olla osana arkea. Osan haastateltavien mielestä informaatiota siitä, mitä ravinto sisältää tulisi olla vielä enemmän esillä. Potilaita tulisi ohjata enemmän liittyen herkutteluun, jotta herkuttelukierteet saataisiin katkaistua. Myös ostosten suhteen koettiin, että potilasohjausta voitaisiin lisätä esimerkiksi kanttiinikäynneillä. Potilaskohtaisiin sopimuksiin herkuttelusta toivottiin selkeämpää linjaa, joka koskisi kaikkia. Kun herkuttelu lähtee täysin käsistä, osa haastateltavista koki, että tulisi olla jonkinlaisia rajoittamiskeinoja. Osa haastateltavista toi esille, että toimintakulttuuria ruoka- ja herkkupainotteisesta aktiivien järjestämisestä voitaisiin muuttaa. Haastateltavat kuvasivat, että on totuttu siihen, kun lähdetään erilaisille retkille, on mukana ruokaa ja herkkuja kannustimina. Myös esimerkiksi yhteisissä elokuvailloissa kuvattiin potilaiden kokevan herkuttelun kuuluvan osana siihen.

” Niin, että sinne retkelle voi lähteä ihan ilman niitä eväitäkin että siis semmosta et ei siellä aina tartte olla niin vimpan päälle eväät, että ollaan vähän opetettu siihen että aina kun lähdet liikkumaan saat jonkin palkinnon ja palkinto on aina ruokaa. Et yrittää muuttaa sitä toimintatapaa kans täällä.”

Haastatteluissa kävi ilmi, että omahoitajien osuutta potilasohjauksessa tulisi korostaa, jokaisen omahoitajan tulisi olla tietosia velvollisuudesta toteuttaa elintapaohjausta ja diabetesvastaavien tulisi tästä muistuttaa omahoitajia. Nähtiin, että omahoitajat voisivat olla aktiivisempia elintapaohjauksessa ja diabetesvastaavien sekä omahoitajien välistä työnjakoa potilasohjauksesta tulisi selkeyttää. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että haastavien potilaiden kanssa tehdään pitkäjänteistä

potilasohjaustyötä ja potilasohjausta voitaisiin kohdentaa enemmän riskiryhmiin. Metabolisen oireyhtymän esiintyvyydestä ja sen hoitoon liittyvistä ongelmista tulisi haastateltavien mukaan puhua enemmän sekä ongelman laajuudesta tiedottaa. Omahoitajille tulisi enemmän antaa työkaluja, miten potilasohjausta voidaan toteuttaa ja osa toivoi enemmän koulutusta sekä tukea diabeteslääkityksestä. Potilasohjaukseen voitaisiin yhdistää liikuntaa ja myös hoitohenkilökunnan erityisosaamista, kuten liikunnallisuutta tulisi hyödyntää enemmän.

” Se ois varmaan niinkö tärkeätä että joku hoitaja olis tietonen että tää kuuluu heille, niinku että jokasen asia, et se varmaa jo auttaisi, et siit muistuttelis ”hei et meidän kuuluu tätä tehdä.”

Analysoiduista haastatteluista nousi esille, että moniammatillista yhteistyötä MBO:n hoidossa tulisi kehittää. Moniammatillista yhteistyötä tulisi enemmän hyödyntää osana hoitoa ja metabolisen oireyhtymän hoito voisi olla osana potilaan hoitosuunnitelmaa. Kun potilaalla diagnosoidaan metabolinen oireyhtymä, tulisi haastateltavien mukaan konsultoida liikunnanohjaajia sekä osastojen diabetesvastaavia. Psykologit voisivat olla mukana tukemassa MBO-hoitoa osana moniammatillista työryhmää. Toimintaterapeutit voisivat haastateltavien mukaan olla mukana tarjoamassa potilaiden toimintakykyä sekä järjestää potilaille terveellisen ruuan valmistusta. Diabeteslääkäreitä ja -hoitajia toivottiin enemmän osastoille keskustelemaan potilaiden kanssa ja diabeteshoitajaa voitaisiin hyödyntää vieläkin enemmän. Osa haastateltavista toivoi enemmän liikuntaa tarjolle. Liikuntaryhmistä tulisi tiedottaa enemmän ja yksilöllisiä liikuntahetkiä voitaisiin järjestää enemmän.

” Niin ihan se vois olla niinku toimintaterapeutti, joka kattos toimintakykyä siihen vois liittyä sitten niinku ruuan tekemistä ja tämmöstä niinku voitais tehdä myös terveellisesti.”

MBO-potilaille voitaisiin järjestää lisää kohdennettuja ryhmiä, jossa käytäisiin läpi terveellisiä elintapoja. Myös jotain aikaisemmin järjestettyjä ryhmiä, kuten Mielekäs päivä- ryhmä voitaisiin järjestää uudestaan. Potilaiden jatkohoitopaikkoja tulisi ottaa mukaan enemmän MBO-potilaiden hoidossa ja heille tulisi jakaa tietoa potilaiden heikentyneistä elintavoista. Myös omaisten ottaminen mukaan hoitoon

nähtiin tärkeänä, jotta potilaiden tukiverkko hoidossa vahvistuisi. Henkilöstöresursseja ehdotettiin lisättäväksi MBO-työn kehittämiseksi sekä henkilökunnan kouluttamiseksi. Ehdotettiin myös, että MBO-ohjausta voitaisiin kehittää myös projektiluonteisesti ja siinä voisi olla mukana mahdollisesti jokin koulutusorganisaatio.

” Ja ehkä sillä tavallakin vois että jos potilas käy niinku kuntoutuskodissa niin antaa sitä informaatiota sinne ja niinku tavallaan niinku viedä sitä viestiä sinne että potilaalla on ongelmia niinku ruokalvalion kanssa tai ei nää sitä kuinka yksipuolisesti niinku syö tai sitten omaisille että tavallaan jakais sitä niin silloin se tukiverkko on suuri, suurempi.”

8 POHDINTA

Tässä luvussa vertaillaan tutkimustuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, pohditaan tutkimuksen eettisyyttä, esitetään tutkimuksesta syntyneet johtopäätökset ja käydään läpi tutkimuksesta syntyneitä jatkotutkimusaiheita. Kuten jo opinnäytetyön tutkimuksen tausta -luvussa todettiin, tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjausta Vanhan Vaasan Sairaalan eri yksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tutkimuksesta saadulla tiedolla voidaan kehittää Metabolisen oireyhtymän omahoitajaohjausta sairaalan eri yksiköissä.

8.1 Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin

Teoreettisessa viitekehyksessä nousi vahvasti esille mielenterveyspotilaiden heikentynyt somaattinen terveys sekä metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden yleisyys mielenterveyspotilailla. Somaattista sairastuvuutta pystytään siitä huolimatta vähentämään ja elinajan ennustetta parantamaan elämäntapamuutoksella. Vaikka elintavat olisivat olleet pitkään heikentyneet, myöhäinenkään interventio ei ole turhaa työtä, koska pienilläkin muutoksilla voidaan saada moninkertainen vaikutus elämänlaatuun. (Korkeila & Korkeila 2008). Ilanne-Parikka (2011) osoitti väitöskirjassaan, että metabolista oireyhtymää pystytään ehkäisemään ja parantamaan tehostetulla ohjauksella, jota toteutettiin Suomalaisessa diabetesohjauksessa. Myös skitsofreniapotilailla elintapaohjauksella on saatu edistettyä heidän terveyttään (Hjorth, Davidsen, Kilian & Skrubbeltrang 2014). Haastateltavien kuvaukset potilaille toteutettavasta fysiologisten arvojen kuukausiseurannasta vastasi skitsofrenian Käypä hoito -suositusta (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2015).

Oikeuspsykiatrisesta hoitotyössä elintapoihin liittyvästä potilasohjauksesta ei juuri löytynyt aikaisempia tutkimuksia. Niuvanniemen sairaalassa toteutettiin vuonna 2013 kehittämistyönä metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden potilasohjausta käsitellyt opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntyi ohjausmateriaali tukemaan potilasohjausta sekä potilasopas MBO-potilaille. Vaikka opinnäytetyön pääpaino oli materiaalin tuottamisessa, sisältyi siihen tiedonkeruu kyselomakkeilla kymmeneltä Niuvanniemen sairaalan osastojen metaboliavastaavilta. Vastauksista nousi

esille samankaltaisia asioista ja haasteita, kuin tässä tutkimustyössä. Myös kehitysehdotuksissa nousi samoja asioita esille. Elintapaohjauksen toteutuminen oli hoitajasta riippuvaista sekä nähtiin että potilasohjausta tulisi tehostaa, kuten tämäkin opinnäytetyön tutkimustuloksissa. Kehitysehdotuksissakin nousi samoja asioita esille, kuten huomion kiinnittäminen somaattisten sairauksien ehkäisyyn. (Henell ym. 2013).

Tutkimustuloksissa esiin nousseet potilasohjauksen toteuttamisen haasteet, jotka olivat potilasriippuvaisia, olivat samankaltaisia, kuin teoreettisessa viitekehyksessä esiin nousseet. Potilaiden elintavat nähtiin vastaavanlaisina kuin Suvisaari esitti (2017). Analysoiduista haastatteluista nousi myös motivaation puute esteeksi potilaiden elintapamuutokselle. Elämäntapamuutoksen esteitä hoitajien ja lääkäreiden näkökulmasta kartoittaneen tutkimuksen mukaan 47% hoitajista ja 60% lääkäreistä näki motivaation puutteen vaikuttavan muita syitä useammin elämäntapamuutoksessa, ja kaksi kolmasosaa vastaajista näki mielenterveysongelmien olevan esteenä jossain tapauksissa (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja 2009). Absetzin & Hankosen (2017) katsauksessa esitetyt elämäntapamuutoksen prosessit vastasivat ainakin osittain haastateltavien kuvauksiin. Myöskään haastateltavien kuvaukset potilaiden liikunnan toteutumisen vähyydestä sekä negatiivisten oireiden vaikutuksista liikuntaan, eivät poikenneet aikaisemmista tutkimuksista (Viertiö, Perälä, Saarni, Partti, Saarni, Suokas, Tuulio-Henriksson, Lönnqvist & Suvisaari 2012).

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä 2007 julkaistussa tutkimuksessa kartoitettiin lääkäreiden ja hoitajien toteuttamaa elintapaohjausta heidän näkökulmastaan. Hoitajista noin puolet koki omaavansa riittävät tietotaidot elintapaintervention toteuttamisella ja noin kaksi kolmasosaa koki pystyneensä auttamaan useita potilaita muuttamaan elintapojaan. (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja 2007). Psykiatrisessa hoitotyössä taas on perinteisesti keskitytty mielenterveyden hoitamiseen, jolloin somaattisen terveyden hoitaminen on saattanut jäädä toissijaiseksi (Bolton, Knight & Kopeski 2016).

Osa haastatteluissa esiin nousseista kehitysehdotuksia vastasi osittain Koposen ja Lappalaisen (2015) esittämää mielenterveyspotilaan somaattisen seurannan

suunnitelmaa. Haastateltavat ehdottivat MBO:n mukaan ottamista potilaan hoitosuunnitelmaan, joka itsessään vastaa somaattisen seurannan suunnitelmaa. Myös potilaan voimavarojen tukeminen sekä läheisten tuen hyödyntäminen hoidossa nostetaan esille sekä haastatteluissa, että Koposen ja Lappalaisen (2015) esittämässä suunnitelmassa. Moniammatillisen työskentelyn merkitystä korostettiin haastatteluissa ja sen kehittämistä osana potilaan hoitoa pidettiin tärkeänä. Myös kirjallisuudessa moniammatillista tiimityöskentelyä pidetään elintapaohjauksessa onnistumisen avaintekijöinä (Heinonen ym. 2010, 27).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa esitetään usein kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 134). Sudenkuoppana laadullisessa tutkimuksessa on pidetty niin sanottua holistista harhaluuloa tai virhepäätelmää, jossa tutkimusprosessin edetessä tutkija vakuuttuu omien johtopäätöksensä oikeellisuudesta ja että hänen muodostamansa malli vastaa todellisuutta, vaikkei näin välttämättä olisi. Tutkija työskentelee usein laadullista tutkimusta tehdessä yksin, jolloin hän saattaa sokaistua omalle tutkimukselleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parannetaan raportoimalla tarkasti tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheet. Olosuhteet aineistoa tuotettaessa tulee kertoa selkäesti ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 232).

Kirjallisuudessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu useilla eri kriteereillä. Cuban & Lincolnin (1985) esittämiä luotettavuuden arvioinnin kriteerejä käytetään edelleen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Heidän mukaansa kriteereitä luotettavuuden arviointiin ovat uskottavuus (credibility) ja siirrettävyys (transferability). Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusta raportoidessa analyysiprosessi sekä tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet on kuvattu siten, että lukija pystyy sen ymmärtämään. Uskottavuus myös kuvaa, miten hyvin ryhmittelyssä ja käsitteellistämisessä muodostuneet luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Siirrettävyydellä (transferability) mitataan, kuinka tulokset ovat

siirrettävissä johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää tarkkaa kuvausta tutkimusprosessista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198).

Tämä kyseinen tutkimus oli tutkimuksen tekijöille heidän ensimmäisensä, jolla on oma vaikutuksensa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimusprosessin moniulotteisuus ja tutkimusaineiston analyysin toteutus toi tutkijoille myös omat haasteensa. Tutkimuksen toteutus alkoi tutkimussuunnitelman aikana luodulla teoreettisella viitekehyksellä, josta myös tutkimuksen haastattelujen teemat lopulta koostettiin. Tutkimusta varten tehtiin laajoja tietokantahakuja Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannoissa. Tietokantahakujen lisäksi tutkimusta varten tehtiin laajoja manuaalisia hakuja verkossa ja käytettiin laajasti saatavilla olevaa teoreettista kirjamateriaalia. Teoreettisen viitekehysten materiaali rajattiin pääsääntöisesti korkeintaan kymmenen vuotta vanhaksi, mutta teoreettiseen viitekehykseen hyväksyttiin harkinnanvaraisesti myös tätä vanhempaa materiaalia. Osa tutkimuksen lähdemateriaalista on klassikoksi muodostunutta kirjallisuutta, jonka katsotaan olevan vieläkin relevanttia. Tutkijat myös arvoivat osan vanhemmasta lähdekirjallisuudesta olevan tutkimuksen kannalta oleellista. Monissa tuoreissa tutkimuksissa oli viitattu kyseisiin tutkimuksiin, jonka vuoksi tutkijat katsoivat tämän lähdeaineiston olevan luotettavaa.

Haastatteluja varten ei luotu erillisiä tukikysymyksiä, sillä tutkijat halusivat antaa haastateltaville vapauden kertoa vapaasti teemoihin liittyvistä näkemyksistään. Esille nousseita tutkimuksen kannalta oleellisia aiheita saatettiin kysyä myös muilta haastateltavilta. Haastattelijat pitivät tällöin huolen siitä, että haastateltavia ei johdateltu vastausten suhteen.

Tutkimuksen aineiston analyysiprosessi oli myös tutkimuksen toteuttajille heidän ensimmäisensä, jolla on vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen. Aineisto litteroitiin sanatarkasti, joskin litteroinnista jätettiin pois haastateltavien ilmeet, eleet ja erilaiset äänenpainot. Tutkijat kokivat, että näillä tekijöillä ei ole vaikutusta aineiston luotettavuuteen. Litteroitua aineistoa kertyi lopulta 39 sivua. Riviväli oli 1.0 ja fonttina toimi Times New Roman. Fontin koko oli 12.

Tutkimusaineiston analysointi oli verrattain työlästä ja myös aineiston analysoinnissa näkyy tutkijoiden kokemattomuus. Litteroitua aineisto lähdettiin analysoimaan luomalla pelkistettyjä ilmauksia. Litteroitu aineisto jaettiin tutkijoiden kesken puoliksi. Aineiston luotettavuutta parannettiin siten, että kumpikin tutkija pelkisti yhden aineiston. Tämän jälkeen tutkijat vertasivat analysoimaansa aineistoa ja luomiaan pelkistettyjä ilmauksia, olivatko ne samansuuntaisia. Tarkistuksen jälkeen aineiston pelkistetyksen laadukkuus vielä varmistettiin ohjaavalta opettajalta, jonka hyväksynnän jälkeen tutkijat jatkoivat loppuaineiston pelkistämistä. Aineistosta luoduista pelkistetyistä ilmauksista löytyy esimerkkejä liitteestä 2.

Aineiston pohjalta luotuja pelkistettyjä ilmauksia kertyi lopulta 457, joita lähdettiin ryhmittelemään teemoittain. Aineistoa pyrittiin analysoimaan mahdollisimman johdonmukaisesti. Ryhmittely- ja abstrahointivaiheessa pelkistetyistä ilmauksista pyrittiin luomaan mahdollisimman loogisia ja tutkimuskysymyksiin vastaavia kokonaisuuksia haastatteluteemojen perusteella.

Tämän tutkimuksen siirrettävyys pyrittiin varmistamaan, kuvaamalla tutkimuksen lähestymistapa, kohderyhmä, tutkimusmenetelmä ja analyysiprosessi mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tutkijat kokevat, että he perustelivat valintansa perusteellisesti. Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja analyysiprosessi on kuvattu mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja kattavasti. Tutkimuksen siirrettävyyttä vahvistaa sen samankaltaiset tutkimustulokset muiden samaa aiheutta tutkivien tutkimusten kanssa. Tutkimuksen vertailukelpoisuutta muiden tutkimusten kanssa on käsitelty tarkemmin luvussa 8.1.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikassa käsitellään sitä, miten eettisesti hyvää sekä luotettavaa tutkimusta tehdään (Leino-Kilpi 2014, 363). Tutkijan tulee pyrkiä tarpeettomien haittojen sekä epämukavuuksien riskien minimoimiseen tutkimusetiikan mukaisesti. Haitat tutkimuksesta saattavat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Suomen tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on julkaisut tutkimuseettisen ohjeen Hyvä tieteellinen käytäntö, joka on keskeisin tutkimuseettinen ohjeisto Suomessa (Leino-Kilpi 2014,

364). Hyvä tieteellinen käytäntö -ohjeella edistetään hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistään epärehellistä tieteellistä tutkimusta. Jotta tutkimustuloksia voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä ja luotettavina sekä tuloksia uskottavina, tulee tutkimusta tehdessä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tätä tutkimustyötä tehdessä noudatettiin Hyvä tieteellinen käytäntö -ohjetta.

Tämän tutkimuksen tutkimusaiheeseen ja tutkimusongelmaan liittyy eettisiä kysymyksiä. Vaikka tutkimuksessa haastatellaan hoitohenkilökuntaa ja keskitytään hoitotyön kehitykseen, tutkimustyö kuitenkin käsittelee vastentahtoisesti hoidossa olevien psyykkisesti sairauden potilaiden elämää. Leino-Kilven (2014) mukaan erityistä huomiota tulee kiinnittää silloin, kun kyseessä on haavoittuva ryhmä, kuten vakavasti psyykkisesti sairastunut. Tutkimusaihe ja/tai –ongelma eivät saa loukata ketään tai esittää väheksyvä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi 2014, 366). Tutkijat tulivat siihen lopputulokseen tutkimusaihetta valittaessa, että tutkimuksen tuomat mahdolliset hyödyt, kuten elämänlaadun parantumien, olisivat sairaalan potilaille tutkimuksesta aiheutuneita mahdollisia haittoja suurempia. Tutkimusaiheelle myönsi tutkimusluvan sairaalan johtava ylihoitaja. Koko tutkimusprosessin ajan tutkijat huomioivat tämän ja pohtivat tätä eettistä ongelmaa. Asiaa pohdittiin myös yhdessä opinnäytetyön ohjaajan sekä sairaalan ylihoitajien kanssa.

Tutkimusainestoa kerätessä, tulee kiinnittää huomiota tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeuksiin sekä kohteluun. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastatteluun kutsuttuja informoitiin mahdollisimman monipuolisesti, joka kuuluu tutkimukseen osallistuvan oikeuksiin. Tämän lisäksi tutkimukseen osallistuneille taattiin anonymiteetti eli heidän tietojaan ei paljasteta missään vaiheessa. Tutkimustuloksissa esitetyt alkuperäisilmaisuista muutettiin murren sanoja yleiskielelle, jotta niistä ei pystytä tunnistamaan haastateltavia (Leino-Kilpi 2014, 368). Myös haastatteluja analysoidessa haastateltavista käytettiin tunnuksia, eikä heidän nimiään käytetty missään vaiheessa analysointiprosessia. Aineistonkeruussa työkaluna käytetystä ääninauhurista informoitiin haastattelukutsussa ja haastatteluun osallistuneilta varmistettiin vielä ennen haastattelun alkua, että haastattelu voidaan

nauhoittaa. Kaikki haastattelumateriaali ja litteroidut kopiot tuhottiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen toinen tutkijoista on työskennellyt sijaisena Vanhan Vaasan sairaalassa ja tunsii siten entuudestaan osan haastateltavista sekä oli jonkin verran tietoinen sairaalassa tapahtuvasta MBO-ohjauksesta. Ennen haastatteluja pohdittiin voisiko tällä olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen ja vaikuttaisiko tämä haastateltavien antamiin vastauksiin tai haastattelujen analysointiprosessiin. Haastattelujen aikana sekä analyysiprosessin jälkeen kumpikaan tutkijoista ei havainnut tällaista vaikutusta tai mahdollisen vaikutuksen on täytynyt jäädä hyvin pieneksi. Tätä tekijää kuitenkin tarkasteltiin koko tutkimusprosessin ajan.

8.4 Tutkimuksen johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjausta Vanhan Vaasan Sairaalassa. Tutkimuksen pohjalta pystyttiin muodostamaan pääpiirteittäinen kuva siitä, millaisia ongelmia omahoitajat kohtaavat Vanhan Vaasan sairaalassa toteuttaessaan potilasohjausta metabolista oireyhtymää sairastaville potilaille. Kuten teoreettisessa viitekehyksessä todetaan, oikeuspsykiatrisista potilaista valtaosa sairastaa skitsofreniaa, jonka liitännäissairautena metabolinen oireyhtymä on merkittävän yleinen. Vanhan Vaasan sairaalassa metabolisen oireyhtymän esiintyvyys on korkea, vaikka sairaalassa toteutetaan suositusten mukaista seurantaa potilaiden somaattisesta terveydestä kirjoittamalla riskitekijöitä sekä pyritään ennaltaehkäisemään MBO:ta toteuttamalla elintapaohjausta.

Haastateltavien kuvauksien perusteella pystyttiin hahmottamaan, minkälainen työnjako sairaalan MBO-potilaiden potilasohjauksesta on ja miten potilaita hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä. Omahoitajien toteuttamaa elintapaohjausta selkeästi tapahtuu sairaalassa, mutta sen toteutuminen on omahoitajasta ja hänen aktiivisuudestaan riippuvaista. Elintapaohjauksen koettiin jäävän liiaksi diabetesvastaavien vastuulle, ja omahoitajien tulisi ottaa aktiivisempaa roolia potilasohjauksen toteuttamisissa. Tätä selittää osakseen hoitajien väliset yksilölliset erot toteuttaa hoitotyötä sekä heidän motivaationsa kiinnittää huomiota psykiatrisessa

hoidossa olevan potilaan elintapoihin. Tuloksista voidaan päätellä, että omahoitajia olisi hyvä kannustaa keskustelemaan säännöllisesti potilaiden kanssa terveellisistä elintavoista, jolloin ne olisivat mukana luonnollisesti osana potilaan arkea. Myös tekijöitä, joiden hoitajat kokevat vaikuttavan omaan aktiivisuuteen ja motivaation toteuttamiseen elintapaohjausta olisi hyvä ottaa puheeksi osastoilla. Näistä tekijöistä voitaisiin keskustella esimerkiksi ryhmätyönohjauksissa, jolloin voitaisiin saada uudenlaisia näkökulmia ohjauksen toteutukseen. Omahoitajien epävarmuus elintapaohjauksen toteutuksessa nähtiin vähentävän aktiivisuutta toteuttamalla potilasohjausta, joten ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä koulutuksien avulla voidaan pitää tärkeänä. Myös selkeyttävää ohjeistusta työnjaosta sekä toimintakulttuurin muuttamiseen tähtäävää muutosjohtamista voidaan pitää tärkeänä.

Pitkäaikainen oikeuspsykiatrinen hoitotyö asettaa erityispiirteitä elintapaohjaukseen, sillä potilaiden hoitoajat ovat pitkiä ja heikentyneet elintavat ovat tyypillisiä. Usein myös potilaan vaikea psyykkinen sairaus sekä vaativa elämäntilanne asettaa hoitotyölle haasteita, jolloin metabolisen oireyhtymän hoitoon liittyvä elintapaohjaus jää toissijaiseksi. Oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden toimintakyvyn on todettu olevan heikentynyt, jonka seurauksena kyky vastaanottaa potilasohjausta on myös heikkoa. Potilasohjauksen toteuttaminen on hoidon alkuvaiheessa osoittautunut haasteelliseksi psykoottisuuden takia. Myös liikkumisvapauden rajoittaminen saattaa passivoida potilaita ja vähentää liikuntamahdollisuuksia.

Elintapaohjaus tulisikin ottaa osaksi hoitoa heti hoidon alkuvaiheessa. Potilaita tulisi myös kannustaa ja motivoida terveellisten elintapojen omaksumiseksi. Ruokailun ja herkuttelun merkitystä tulisi korostaa potilasohjauksessa. Ruoka- ja herkku-painotteista toimintakulttuuria voitaisiin muuttaa esimerkiksi retkille lähdettyä siten, ettei herkuttelulla olisi niin suurta painoarvoa. Terveellisiä elintapoja tukevan toimintakulttuurin saavuttamista voitaisiin kannustaa koko organisaation toimesta.

Sairaalan hoitajien ammatillinen valmius toteuttaa elintapaohjausta todettiin riittäväksi. Potilasohjauksen keinoja ja menetelmiä voisi kuitenkin kehittää vastaamaan tulevaisuuden haasteita ja ongelmia. Vanhan Vaasan sairaala tarjoaakin henkilökunnalle mahdollisuuden lisätä ja ylläpitää ammatillisia valmiuksiaan. MBO:n

hoitoon varattujen resurssien lisääminen saattaisi lisätä MBO:n hoidon vaikuttavuutta. Moniammatillisen työryhmän merkitys myös korostui tutkimustuloksissa osana MBO-potilaiden hoitoa. Moniammatillista yhteistyötä voitaisiin jatkossa paremmin hyödyntää, syventää ja kehittää. Elintapoihin liittyvien ongelmien mukaan ottaminen potilaan hoidon suunnitteluun toisi potilastyöhön moniammatillista näkökulmaa, jolloin tavoitteita asettaessa huomioitaisiin eri ammattiryhmät, kuten psykologit ja toimintaterapeutit, jotka tutkimustuloksissa nousi ilmi. Haastateltavien kuvauksista ei syntynyt yhtenevää kuvaa koko sairaalan MBO:n esiintyvyydestä, jolloin ongelman laajuuden esille tuomista voitaisiin pitää tärkeänä. Terveellisten elintapojen sekä niiden ohjauksen merkityksestä voitaisiin muistuttaa ja informoida säännöllisesti osastojen palaverissa sekä koulutuksista.

Potilaista riippuviin tekijöihin vaikuttaminen on haastavaa, joten niiden tiedostamista ja huomiointia potilaan elintapoihin liittyvässä potilasohjauksen toteuttamisessa voidaan pitää tärkeänä tekijä. Psykkisten sairauksien vaikutuksista elintapoihin voitaisiin keskustella yhdessä potilaan kanssa hoitosuhdetyöskentelyn yhteydessä, jolloin potilaan oma henkilökohtainen kokemus tulisi ilmi. Tutkimustuloksista voidaankin vetää johtopäätös, että potilaiden osallisuutta tulee korostaa potilasohjauksen kehittämisessä.

Tahdonvastaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaiden elintapoihin liittyvää terveyden edistämistä voidaan pitää eettisesti kaksiteräisenä miekkana. Hoitajan eettinen ja lainsäädäntöön pohjautuva velvollisuus potilaan terveyden edistämisestä saattavat olla ristiriidassa potilaan oman tahdon sekä itsemääräämisoikeuden kanssa, kun arvopohjat elämäntavoista ovat kovin erilaiset. Haastateltavien kokemukset potilaiden haluttomuudesta vastaanottaa elintapaohjausta aiheuttavat ristiriitaisia tunteita hoitajissa ja saattavat osittain pohjautua tähän tekijään. Kuinka paljon tahdonvastaisessa hoidossa olevia potilaita voidaan velvoittaa keskustelemaan terveellisistä elintavoista, jos he eivät sitä koe sitä mielekkääksi ja merkitykselliseksi? Toisaalta hyvinkin erilaiset arvopohjat saattavat lähentyä toisiaan luontevasti, kun ymmärretään välttää vastakkainasettelua ja pyritään vastarinnan myötäilyyn. Tämä vaatii hoitajalta hienovaraisuutta ja kunnioittavaa lähestymistapaa hänen toteuttaessaan elintapaohjausta, jotta terveellisistä elintavoista keskustelu olisi

luontevaa potilaalle. Erityisesti motivoivan haastattelun hyödyntäminen potilasohjauksessa tukee tällaista toimintaa ja lähestymistä.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten pohjalta tutkimuksen tekijät ehdottavat jatkotutkimusehdotuksiksi seuraavia aiheita:

- Kehittämistyö: MBO-potilasohjauskansio Vanhan Vaasan sairaalalle
- Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen MBO:n hoidossa
- Varhaisessa vaiheessa aloitetun elintapaohjauksen vaikuttavuus potilaan elintapoihin

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Suomalainen lääkäriseura Duodecim*. 127:2265-2272. Viitattu 31.7.2019. <https://www.terveysportti.fi>

Absetz, P & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja. *Duodecim*. 133:1015-1021. Viitattu 30.7.2019. <https://www.terveysportti.fi>

Abou Ziki, MD. & Mani, A. 2016. Metabolic syndrome: genetic insights into disease pathogenesis. Viitattu 19.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141383/>

Akbaraly, T., Kivimäki, M., Brunner, E., Chandola, T., Marmot, M., Singh-Manoux, A. & Ferrie, J. 2009. Association Between Metabolic Syndrome and Depressive Symptoms in Middle-Aged Adults. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2646036/>

Bak, M., Franssen., Janssen., Van Os, J & Drukker, M. 2014. Almost all anti-psychotics result in weight gain: A meta-analysis. Viitattu 23.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998960/>

Bolton, P., Knight, M. & Kopeski, L. 2016 Metabolic syndrome- Psychiatric-mental health nurses' knowledge of risks and care practices. *Journal of psychosocial nursing* 52, 11, 44-53.

Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E & Pijnenborg, M. 2014. The effects of lifestyle interventions on (Long-Term) weight management, cardiovascular risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: A Meta-Analysis. Viitattu 28.2.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256304/>

Chokka, P., Tancer, M. & Yeragani, V. 2006. Metabolic syndrome: relevance to antidepressant treatment. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635794/>

Coelho, M., Oliveira, T. & Fernandes, R. 2013. Biochemistry of adipose tissue: an endocrine organ Viitattu 23.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3648822/>

De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D. & Van Winkel, R. 2009. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. Viitattu 9.8.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2656262/>

Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2016. Viitattu 10.2.2019. Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Dipasquale, S., Pariante, C., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P & Mondelli, V. 2013. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. Viitattu 24.1.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395612003172#bib78>

Dunbar, J., Reddy, P., Davis-Lameloise, N., Philpot, B., Laatikainen, T., Kilkkinen, A., Bunker, S., Best, J., Vartiainen, E., Lo, S. & Janus, E. 2008. Depression: An Important Comorbidity With Metabolic Syndrome in a General Population. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584197/#r6>

Eckel, R. & Cornier, M-A. 2014. Update on the NCEP ATP-III emerging cardiometabolic risk factors. Viitattu 19.1.2019. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-115>

Eker, Ö., Özsoy, S., Eker, B. & Dogan, H. 2017. Metabolic Effects of Antidepressant Treatment. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5439472/>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia. Tammi.

Eläketurvakeskus. 2017. Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Viitattu 29.1.2019. <https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttomyyselakkeelle/>

Enas, EA., Mohan, V., Deepa, M., Farooq, S., Pazhoor, S. & Chennikkara, H. 2007. The metabolic syndrome and dyslipidemia among Asian Indians: a population with high rates of diabetes and premature coronary artery disease. Viitattu 19.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18059210>

Eronen, M., Kotilainen, I. & Seppänen, A. 2012. Oikeuspsykiatrinen arviointi ja hoito Suomessa. Suomen Lääkärilehti 23, 67, 1823-1826.

Eskelinen, S. 2017. Physical health of patients with schizophrenia: Finding from a health examination study. Doctoral dissertation. Department of Psychiatry. University of Helsinki.

Eskelinen, S. 2016. HDL-kolesteroli eli "hyvä kolesteroli" (fP-Kol-HDL). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 24.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., Laitinen, J., Marniemi, A., Misikangas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Schawb, U & Virtanen, S. 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Tampere. Juvenes print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Forsberg, KA., Björkman, T., Sandman, PO. & Sandlund, M. 2008. Physical health-a cluster randomized controlled lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability and their staff. Viitattu 29.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843564>

Gheshlagh, GR., Parizad, N & Sayehmiri, K. 2016. The Relationship Between Depression and Metabolic Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis Study. Viitattu 9.8.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003061/>

Grundy, SM. 2009. Metabolic syndrome pandemic. Viitattu 19.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18174459>

Gurusamy, J., Gandhi, S., Damodharan, D., Ganesan, V & Palaniappan, M. 2018. Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review. Viitattu 28.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29990631>

Haapala, T. & Hyvönen, K. 2002. Omahoitajuuden arviointi ja mittaaminen. Teoksessa Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki. Tammi.

Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Turku, R. 2010 Valtimo terveydeksi! Terveiden edistämisen käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveiden edistämisen politiikkaohjelma. Kirjapaino Hermes. Tampere. Viitattu 30.7.2019. https://www.diabetes.fi/files/1020/Valtimoterveydeksi_kasikirja.pdf

Henell, T., Hirvonen, J., Holopainen, S., Leivo, T & Porali, J. 2013. Potilasohjaus metabolista oireyhtymää sairastaville skitsofreniapotilaille Niuvanniemen sairaalassa. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.7.2019. <https://www.theseus.fi/>

Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Hjerpe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Hjorth, P., Davidsen, A. S., Kilian, R. & Skrubbeltrang, C. 2014. A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. Viitattu 26.7.2019. https://docksci.com/a-systematic-review-of-controlled-interventions-to-reduce-overweight-and-obesity_5b08e394d64ab272fc5437ae.html

Hjorthøj, C., Stürup, AE., McGrath, J. & Nordentoft, M. 2017. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Viitattu 23.1.2019. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30078-0/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30078-0/fulltext#%20)

Huang, P. 2009. A comprehensive definition for metabolic syndrome. Disease models & mechanisms. Viitattu 18.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2675814/>

Huttunen, M. & Socada, L. 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Duodecim. Helsinki.

Huttunen, M. 2018 a. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 9.2.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen, M. 2017 a. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 11.2.2019. – Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen, M. 2017 b. Mielenterveyden häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 9.8.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen, M. 2018 b. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 16.1.2019.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C & Seuri, T. 2017. Mielen-terveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

IDF. 2006. IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome. Consensus statements. Viitattu 16.1.2019. <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=705&task=download>

Ilanne-Parikka, P. 2011. Metabolic syndrome – Lifestyle intervention in subjects with impaired glucose tolerance. Doctoral dissertation. University of Tampere.

Ilanne-Parikka, P., Eriksson, J., Lindström, J., Peltonen, M., Aunola, S., Hämäläinen, H., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T., Lahtela, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2008. Effect of lifestyle intervention on the occurrence of metabolic syndrome and its components in the finnish diabetes prevention study. Viitattu 9.2.2019. <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/31/4/805.full.pdf>

Ilanne-Parikka, P., Laaksonen, DE., Eriksson, J., Lakka, T., Lindstr, J., Peltonen, M., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2010. Leisure-Time Physical Activity and the Metabolic Syndrome in the Finnish Diabetes Prevention Study. Diabetes Care. American Diabetes Association. Viitattu 11.2.2019. <http://care.diabetesjournals.org/content/33/7/1610>

Isometsä, E. & Paunio, T. 2013. DSM-5 valmistui viimein. Lääkärilehti 23, 68, 1702. Viitattu 21.1.2019 <https://www.laakarilehti.fi>

Isometsä, E. 2017. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Psykiatria. 253—293. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. Tallinna. Duodecim.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A & Patja, K. 2007. The Dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perception among primary care physicians and nurses. Viitattu 31.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379767/>

Jallinoja, P., Kuronen, R., Absetz, P. & Patja, K. 2009. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Lääkärilehti*, 42, 64, 6557-3561. www.laakarilehti.fi

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 31.7.2019. <https://www.kaypahoito.fi>

Kahan, T. & Bergfeldt, L. 2005. Left ventricular hypertrophy in hypertension: its arrhythmogenic potential. Viitattu 24.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1768675/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Karathanis, S., Freeman, L., Gordon, S. & Remaley, A. 2016. The Changing Face of HDL and the Best Way to Measure It. Viitattu 25.1.2019. <http://clinchem.aaccjnls.org/content/63/1/196.long>

Kataja, J., Mäkelä, J., Lagström, H. & Niinikoski, H. 2016. Metabolinen oireyhtymä yleistyy lapsilla ja nuorilla. *Lääkärilehti* 50-52, 71, 3241-3247. Viitattu 9.8.2019. <https://www.laakarilehti.fi>

Kattel, S., Memon, S., Saito K., Narula, J. & Saito Y. 2016. An effect of left ventricular hypertrophy on mild-to-moderate left ventricular diastolic dysfunction. Viitattu 24.1.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1109966616300045>

Kaukua, J. 2009. Lihavuus- ja syömishäiriöt. Teoksessa *Endokrinologia*, 881–882. Toim. Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Jyväskylä. Duodecim.

Kinder, LS., Carnethon, MR., Palaniappan, LP., King, AC. & Fortmann, SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15184689>

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. *Hoitotiede*. Tampereen yliopisto.

Kovanen, P., Pentikäinen, M. & Viikari, J. 2009. Dyslipidemiat. Teoksessa *Endokrinologia*. 799–811. Toim. Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Jyväskylä. Duodecim.

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Jääskeläinen, T., Koskela, T. & Koskinen, S. 2017. FinTerveys -tutkimuksen tuloksia. Kansallinen FinTerveys -tutkimus. THL. Viitattu 15.1.2019. <http://www.terveytemme.fi/finterveys/>

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Aikakausikirja Duodecim 131, 557-582. Viitattu 28.7.2019. <https://www.terveysportti.fi>

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyshäiriöt. Suomen Lääkärilehti, 4, 63, 275-280. Viitattu 26.7.2019. www.laakarilehti.fi

Kostiainen, R. 2018. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito on kokonaisvaltaista. Haaste-lehti. Viitattu 18.11.2018. <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiar-kisto/haaste22018/oikeuspsykiatrisenpotilaanhoitoonkokonaisvaltaista.html>

Liikunta. Käypä Hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä Hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim. 2016. Viitattu 11.2.2019. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 11.12.2009/1067. Laki Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080668>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla 15.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L3P17a>

L 19.12.1889/39. Rikoslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L3>

Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita. Helsinki.

Lafontan, M. 2005. Fat cells: afferent and efferent messages define new approaches to treat obesity. Viitattu 22.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15822173>

Lakka, TA., Laaksonen, DE., Lakka, HM., Männikkö, N., Niskanen, LK., Rauramaa, R & Salonen JT. 2003. Seditary lifestyle, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. Viitattu 10.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900679>

Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2011. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet. 3. Toim. Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. Turun yliopisto.

Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä, 345–360. Toim. Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. Sanoma Pro Oy. Helsinki

Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen

Lääkäriseura Duodecim, 2013. Viitattu 30.07.2019. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Lihn, As., Pedersen, PB. & Richelsen, B. 2005. Adiponectin: action, regulation and association to insulin sensitivity. Viitattu 24.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15655035>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

Lomonaco, R., Ortiz-Lopez, C., Orsak, B., Webb, A., Hardies, J., Darland, C., Finch, J., Gastaldelli, A., Harrison, S., Tio, F. & Cusi, K. 2012. Effect of adipose tissue insulin resistance on metabolic parameters and liver histology in obese patients with nonalcoholic fatty liver disease. Viitattu 22.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22183689>

Luotolinna-Lybeck, H & Leino-Kilpi, H. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö - hoito-henkilökunnan edellytysten arviointia. Pro nursing ry. Julkaisusarja C: 1:1991.

Lönnqvist, J. 2017. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapia. Teoksessa Psykiatria, 775–779. Toim Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. Tal- linna. Duodecim.

Lönnqvist, J & Lehtonen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiat- ria, 18–42. Toim Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. Tal- linna. Duodecim.

Malhotra, N., Grover, S., Chakrabarti, S. & Kulhara, P. 2013. Metabolic syndrome in schizophrenia. Viitattu 9.8.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3821198/>

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Suomalainen lääkariseura Duodecim Viitattu 29.7.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01668>

Mayers, M., Leibel, R., Seeley, R. & Schwartz, M. 2010. Obesity and Leptin Re- sistance: Distinguishing Cause from Effect. Viitattu 29.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967652/>

Mielenterveyden keskusliitto. 2019. Itsetuhoisuus. Viitattu 9.2.2019. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/itsetuhoisuus/>

Mielenterveysseura. 2019. Depression. Mental Disorders. Viitattu 9.2.2019. <https://www.mielenterveysseura.fi/en/home/mental-health/mental-disorders/depression>

Mielenterveystalo. 2019. Fyysinen aktiivisuus. Helsingin ja Uudenmaan sairaan- hoitopiiri. Viitattu 12.10.2019. <https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/tyoka- lut/hyvanhoidonmallit/terveystupa/Sivut/teema9.aspx>

Miles, MB. & Huberman, AM. 1994. Qualitative data analysis. Sage. California.

- Mustajoki, P. 2018 a. Veren triglyseridit (rasvat). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 24.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Mustajoki, P. 2018 b. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 30.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Mustajoki, P. 2017 a. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 22.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Mustajoki, P. 2017 b. Rasvamaksa. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 22.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Mustajoki, P. 2017 c. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 24.1.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Montairko, R. & Azevedo, I. 2010. Chronic inflammation in obesity and the metabolic syndrome. Viitattu 22.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913796/>
- Munnukka, T. 1991. Tehtävien hoidossa yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Mäkinen, S., Skrobuk, P., Nguyen, Y & Koistinen, H. 2013. Insuliiniresistenssin mekanismit. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129, 2115-2122. Viitattu 25.1.2019. www.duodecimlehti.fi
- Männistö & Pihlajamäki. 2016. Rasvamaksa – entä sitten? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 132, 1707-1713. Viitattu 26.1.2019. www.duodecimlehti.fi
- Papakonstantinou E., Lambadiari V., Dimitriadis, G. & Zampelas, A. 2013. Metabolic syndrome and cardiometabolic risk factors. Viitattu 22.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24484465>
- Parikh, R. & Mohan, V. 2012. Changing definitions of metabolic syndrome. Viitattu 19.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263200/>
- Peltonen, M., Harald, K., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Aldén-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. 2007. Kansallinen FINRISKI -terveys-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Viitattu 15.1.2019. https://thl.fi/documents/10531/3917730/FR2007_perusraportti.pdf/648c27be-107e-4c15-a44a-bff9caf5fd
- Piestrzeniewicz, K., Łuczak K., Komorowski J., Jankiewicz-Wika J. & Goch, JH. 2007. Relation of C-reactive protein to obesity, adipose tissue hormones and cardiovascular risk factors in men treated with early percutaneous intervention in course

of acute myocardial infarction. Viitattu 22.1.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17693973>

Pitkänen, M. 2018. Vanhan Vaasan sairaalan diabeteshoitaja. Email mika.pitkanen@vvs.fi 25.10.2018. Tulostettu 2.11.2019.

Poirier, P., Giles, T., Bray, G., Hong, Y., Stern, J., Pi-Sunyer, F. & Eckel, R. 2005. Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation, and Effect of Weight Loss. Viitattu 23.1.2019. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed2913796/

Pollex, RL. & Hegele, RA. 2006. Genetic determinants of the metabolic syndrome. Viitattu 19.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16932765>

Prochaska, J & Wayne F. 1997 The transtheoretical model of health behaviour change. American journal of health promotion 12, 1, 38-48. Viitattu 31.7.2019. <https://pdfs.semanticscholar.org/d8d1/915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89.pdf>

Reaven, G. 1988. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes 37, 1595-1607. Viitattu 15.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056758>

Redman. 2011. Ethics of patient education and how do we make it everyone's ethics. Viitattu 30.7.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21791263>

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Duodecim. Viitattu 15.1.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>

Rohrer, L., Hersberger, M. & Eckardstein, A. 2004. High density lipoproteins in the intersection of diabetes mellitus, inflammation and cardiovascular disease. Viitattu 25.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15166782>

Räikkönen, K., Matthews, KA. & Kuller, LH. 2002. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence? Metabolism. Viitattu 2.12.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12489070>

Saha, S., Chant, D & McGrath, J. 2007. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?. Arch Gen Psychiatry 64, 11, 13-31. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210034>

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Ammattitaidon kehittäminen. Viitattu 8.6.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Saklayen, MG. 2018. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. Viitattu 18.1.2019. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11906-018-0812-z>

Sarafidis, PA. & Nilsson, PM. 2006. The metabolic syndrome: a glance at its history. Viitattu 15.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16531786>

Scuteri, A., Laurent, S., Cucca, F., Cockcroft, J., Guimaraes, P., Cunha, Mañas, L., Raso, F., Muiesan, M., Ryliškýtė, L., Rietzschel, E., Strait, J., Vlachopoulos, C., Völzke, H., Lakatta, E. & Nilsson, M. 2015. The Metabolic syndrome across Europe – Different clusters of risk factors. Viitattu 15.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544872/>

Schwab, U. 2012. Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta. Teoksessa Ravitsemustiede, 306–309. Toim. Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. Keuruu. Duodecim.

Shah, A., Tan, L., Long, J. & Davidson, W. 2013. Proteomic diversity of high-density lipoproteins: our emerging understanding of its importance in lipid transport and beyond. Viitattu 25.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770071/>

Shah, R., Murthy, L., Abbasi, S., Blankstein, R., Kwong, R., Goldfine, A., Jerrosch-Herolf, M., Lima, J., Ding, J. & Allison, M. 2014. Visceral Adiposity and the Risk of Metabolic Syndrome Across Body Mass Index. Viitattu 22.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4268163/>

Skitsofrenia. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Viitattu 19.1.2019. Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Strasser B., Siebert, U & Schobersberger, W. 2010. Resistance training in the treatment of the metabolic syndrome. Sports Med 40, 5, 397-415. Viitattu 10.2.2019. <http://www.barbara-strasser.at/wp-content/uploads/Sports-Medicine-2010.pdf>

Suomen mielenterveysseura. 2019. Miten auttaa itsemurhaa harkitsevaa. Viitattu 9.2.2019. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsemurhien-ehk%C3%A4isy/miten-auttaa-itsemurhaa-harkitsevaa>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kieseppä, T., Koponen, H., Hietala, J & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Psykiatria, 141–227. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. Tallinna. Duodecim.

Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Potilaan lääkirilehti. Viitattu 29.1.2019. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/mielenterveyshairioiden-esiintyvyyden-sukupuolierot/>

Syvänne, M. 2018. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 27.1.2019. <https://www.terveysportti.fi>

Söderlund, S. & Taskinen, M-R. 2018. Onko HDL hyvä vai paha verisuonille? Viitattu 25.1.2019. <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.puv.fi/api/pdf/duo14264>

Tautiluokitus ICD-10. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisuarkisto Julkari. Viitattu 19.1.2019. <http://www.julkari.fi/>

Tek, C., Kucukgoncu, S., Guloksuz, S., Woods, SW., Srihari, VH & Annamalai, A. 2016. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. Viitattu 23.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25962699>

THL. 2015. Masennus. Viitattu 29.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>

THL. 2019 b. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 9.8.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

THL. 2018. Nuorten masennusoireilu ja masennustilat. Viitattu 29.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot/nuorten-masennusoireilu-ja-masennustilat>

THL. 2019 a. Oikeuspsykiatria. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria>

THL. 2017. Oikeuspsykiatrinen hoito. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/oikeuspsykiatrinen-hoito>

THL. 2014. Vaarallisuusarvot. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/vaarallisuusarvot>

Tiihonen, J. 2017. Oikeuspsykiatria. Teoksessa Psykiatria, 704–721. Toim. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M & Partonen, T. Helsinki. Duodecim

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson JG., Valle TT., Hämäläinen H., Ilanne-Parikka P., Keinänen-Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Rastas M., Salminen V & Uusitupa M. 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. Viitattu 24.1.2019. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801>

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 30.7.2019. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 25.7.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitupa, M. 2012. Lihavuuden tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän ehkäisy. Teoksessa Ravitsemustiede, 306–309. Toim. Aro, A., Mutanen, M & Uusitupa, M. Keuruu. Duodecim.

Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, AJ., De Hert, M., Wampers, M., Ward, PB., Rosenbaum, S & Correll, C. 2015. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorders and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Viitattu 23.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592657/>

Vanhala, M. 2010. Metabolinen oireyhtymä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 126, 11, 1335–1338. Viitattu 24.1.2019 www.duodecimlehti.fi

Vanhan Vaasan sairaalan tulossopimus. 2018. Viitattu 26.7.2019. <http://www.vvs.fi/wp-content/uploads/2019/01/Tulossopimus-2019.pdf>

Vanhan Vaasan sairaala. 2019. Viitattu 26.7.2019. http://www.vvs.fi/?page_id=135&lang=fi

Viertiö S., Perälä, J., Saarni, S., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist J. & Suvisaari J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastuvuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Lääkärilehti 11, 67, 863–869. Viitattu 28.7.2019. <https://www.laakarilehti.fi>

Virkamäki, A & Niskanen, L. 2009. Diabetes. Teoksessa Endokrinologia. 714–784. Toim. Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Helsinki. Duodecim.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuuden hoitotyön filosofinen tarkastelu. Teoksessa Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T & Aalto, P. Helsinki. Tammi.

Vuori, I. 2010. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Liikuntalääketiede, 452–459. Toim. Vuori, I., Taimela, S & Kujala, U. Helsinki. Duodecim.

Wewege, M., Thom, J., Rye, KA & Parmenter B. 2018. Aerobic, resistance or combined training: A systematic review and meta-analysis of exercise to reduce cardiovascular risk in adults with metabolic syndrome. Atherosclerosis. Viitattu 11.2.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021915018302296>

Yamaoka, K. & Tango, T. 2012. Effects of lifestyle modification on metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. Viitattu 11.2.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23151238>

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausinterventioiden vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

LIITE 1

TUTKIMUSTA VARTEN TEHDYT TIETOKANTAHAUT

Pvm Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Käytetyt lähteet
20.01.2019 Medic	"Metabolic Syn- drome"	2008 – 2019 Suomi, English Väitöstutkimus Alkuperäistutkimus Hoitosuositus Katsausartikkeli	163	3
20.01.2019 Medic	"Metabolic Diseases" AND "Counseling"	-//-	0	0
20.01.2019 Medic	"Metabolic Syn- drome" AND "Coun- seling"	-//-	3	0
20.01.2019 Medic	"Metabolic syn- drome" AND "Psychiatry"	-//-	2	0
20.01.2019 Medic	"Metabolic syn- drome" AND "Pa- tient Education As Topic"	-//-	9	1
20.01.2019 Medic	"Metabolic syn- drome" AND "Schiz- ophrenia"	-//-	5	1
20.1.2019 Medic	"Metabolic syn- drome" AND "Dep- ression"	-//-	1	0
20.1.2019 Medic	"Metabolic syn- drome" AND "Foren- sic psychiatry"	-//-	0	0
20.1.2019 Medic	"Patient education As Topic" AND "Schiz- ophrenia"	-//-	6	3
20.1.2019 Medic	"Patient education As Topic" AND "meta- bolic syndrome"	-//-	9	1

25.1.2019 Cinahl	(MM "Patient Education") AND (MM "forensics psychiatry") AND (MM "Metabolic Syndrome X")	2008 – 2019 English Academic Journals	0	0
25.1.2019 Cinahl	(MM "Metabolic Syndrome") AND "MM "Patient Education"	-/-	12	0
26.1.2019 Cinahl	"(MM "Metabolic Syndrome X") AND (MM "Schizophrenia")	-/-	71	0
26.1.2019 Cinahl	"(MM "Metabolic Syndrome X") AND (MM "Depression")	-/-	95	0
26.1.2019 Cinahl	"(MM "Patient education") AND (MM "Schizophrenia")	-/-	36	0
26.1.2019 Cinahl	"(MM "Patient education") AND (MM "Depression")	-/-	109	0
26.1.2019 Cinahl	"(MM "Patient Education") AND (MM "Metabolic Syndrome X")	-/-	16	0

30.1.2019 PubMed	("Metabolic Syndrome"[Majr]) AND "Schizophrenia"[Majr]	10 years English Clinical study Clinical Trial Meta-Analysis Systematic Reviews	32	1
30.1.2019 PubMed	("Metabolic Syndrome"[Majr]) AND "Depression"[Majr]	-/-	13	0
30.01.2019 PubMed	((("Metabolic Syndrome"[Majr] AND "Patient Education as Topic"[Majr]) AND "Schizophrenia"[Majr]	-/-	1	0

30.1.2019 PubMed	((("Metabolic Syndrome"[Majr]) AND "Patient Education as Topic"[Majr]) AND "Depression"[Majr])	-/-	0	0
30.1.2019 PubMed	("Patient Education as Topic"[Majr]) AND "Metabolic Syndrome"[Majr]	-/-	17	0
30.1.2019 PubMed	("Patient Education as Topic"[Majr]) AND "Depression"[Majr]	-/-	70	0
30.1.2019 PubMed	("Patient Education as Topic"[Majr]) AND "Schizophrenia"[Majr]	-/-	37	0
30.1.2019	("Psychiatry"[Majr]) AND "Metabolic Syndrome"[Majr]	-/-	0	0
30.1.2019	("Metabolic Syndrome"[Majr]) AND "Mental Disorders"[Majr]	-/-	97	1

LIITE 2

ESIMERKKI AINEISTON ANALYSOINNISTA

Alkuperäinen aineisto	Pelkistetyt ilmaukset
”Mitä kuntoutuneempi potilas niin kyllä varmasti sitä helpompaa on antaa sitä ohjausta.”	Kuntoutuneempaa potilasta helpompi ohjata
”Jos lähdetään osastosta liikkeelle niin yleisesti osastoilta ohjaus on hyvin riippuvainen omahoitajan roolista”	Potilasohjaus riippuvainen omahoitajasta
”...se on diabetesvastaavien vastuulla, omahoitajat vois niinku asian eteen jotakin, mut siit ei oo niinku mun käsittääkseni mitään selkeätä työnjakoa et kuka tekee ja mitä“	Työnjakoa tulisi selkeyttää
”No kyllä se menee niin, että se psykoosisairauden hoitotasapaino on ensisijainen hoidettava asia”	Psykoosisairauksien hoito ensisijaista
”Osastojen diabetesvastaavat vois sillä omalla aktiivisuudellaan varmaankin vaikuttaa siihen omahoitajienkin rooliin.”	Diabetesvastaavien aktiivisuudella vaikutus omahoitajien rooliin

Alkuperäisen aineiston pelkistäminen pelkistetyiksi ilmauksiksi

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Potilas voi olla niin masentunut, että ei kykene liikuntaan	Masennusoireet	Mielenterveyshäiriöiden vaikutus elintapoihin ja potilasohjaukseen
Masennusta sairastavilla potilailla liikasyömistä koko ajan		
Potilailla negatiivisia oireita, vetäytymistä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa	Skitsofrenian negatiiviset oireet	
Suurin haaste potilasohjauksessa on potilaan negatiiviset oireet		
Psykoottisilla potilailla harhaluuloja ruuasta	Psykoosioireet	
Psykoosisairaus niin vahva, että ei sisäistä mitään		

Pelkistettyjen ilmausten luokittelua

LIITE 3

HAASTATTELUN KUTSUKIRJE

ARVON HAASTATELTAVA!

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä metabolisen oireyhtymän omahoitajaohjauksen kehittämisestä tilaustyönä Vanhan Vaasan sairaalalle. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia sairaalan metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden omahoitajaohjausta.

Haastattelemme viittä Vanhan Vaasan sairaalan diabetesvastaavaa sekä koko sairaalan diabeteshoitajaa. Aineiston keruu suoritetaan teemahaastatteluna. Yhden haastattelun arvioitu kesto on noin 30-60 min. Haastattelut toteutetaan työajalla ja ne ovat täysin nimettömiä. Analysoinnin helpottamiseksi haastattelut nauhoitetaan. Nauhoitusten kanssa noudatetaan tiukasti tietoturvamääräyksiä ja nauhoitukset poistetaan tutkimuksen lopuksi. Ainoastaan tutkijoilla on pääsy nauhoituksiin. Mikäli et halua, että haastattelu nauhoitetaan, ilmoitathan siitä haastattelijoille ennen haastattelun alkua.

Haastattelut toteutetaan alkukevästä 2019. Valmis tutkimus julkaistaan Theseus-opinnäytetyötietokannassa ja Vaasan ammattikorkeakoulussa loppukevästä 2019.

Kiitokset osallistumisesta!

Vaasassa 24.3.2019.

Petri Hämäläinen

Jussi Niemi

Opinnäytetyön ohjaaja
Lehtori Marita Salmu

FÖLJEBREV

BÄSTA INTERVJUDELTAGARE!

Vi är två sjukskötarestudenter från Vasa yrkeshögskola och skriver vårt examensarbete. Temat för examensarbetet handlar om att utveckla egenvårdarens verksamhet och handledningen av patienter med metabolt syndrom. Detta examensarbete är ett beställningsarbete för uppdragsgivaren Gamla Vasa sjukhus. Syftet med examensarbetet är att utveckla egenvårdarens handledning av patienter med metabolt syndrom.

I undersökningen intervjuar vi sjukhusets egen diabetesskötare och avdelningarnas fem ansvariga diabetesvårdare. Materialet samlas in med temaintervjuer och en intervju tar ungefär 30–60 minuter. Intervjuerna genomförs under arbetstiden och man förblir helt anonym. Intervjuerna spelas in för att underlätta analyseringsprocessen. Med inspelningarna följs datasäkerhetsföreskrifter och efter analyseringens avslutande förstörs alla inspelningar. Endast forskarna har tillgång till materialet. Om ni önskar att intervjun inte inspelas var vänlig och informera forskarna före intervjun.

Intervjuerna genomförs i början av våren 2019. Den färdiga undersökningen publiceras i Theseus-databasen och i Vasa yrkeshögskola i slutet av våren 2019.

Tack för deltagandet!

I Vasa 24.3.2019.

Petri Hämäläinen

Jussi Niemi

Examenarbetets handledare
Lektor Marita Salmu

LIITE 4

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Haastattelun teemat

1. Metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden potilasohjauksen toteutuminen Vanhan Vaasan sairaalassa?
2. Metabolista oireyhtymää sairastavien potilaiden potilasohjauksen haasteet pitkäaikaisessa oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä?
3. Psyykkisten sairauksien vaikutus elintapoihin ja niiden potilasohjaus?
4. Potilasohjausmenetelmät metabolisen oireyhtymän omahoitajaohjauksessa?
5. Miten Vanhan Vaasan sairaalassa jatkossa tulisi kehittää metabolisen oireyhtymän potilasohjausta?

INTERVJUBOTTNET FÖR TEMAINTERVJUER

Temat för intervjuer

1. Implementeringen av patienthandledningen av patienter med metabolt syndrom i Gamla Vasa sjukhus?
2. Utmaningar och problem med handledningen av patienter med metabolt syndrom; rättspsykiatriskt vårdarbete i fokus?
3. Psykiska sjukdomar och hur de påverkar levnadsvanor. Att handleda en patient till att ha goda levnadsvanor?
4. Patienthandledningsmetoder som används av egenvårdare i handledningen av en patient med metabolt syndrom?
5. Hur borde man utveckla handledningen av patienter med metabolt syndrom i Gamla Vasa sjukhus i framtiden?